

Année 1973

N° 89

THESE
pour le
DOCTORAT en MEDECINE
Diplôme d'Etat

LES INDICATIONS de la CESARIENNE
à la Clinique Obstétricale
du C.H.U. de Caen
(Periode 1968 à 1971)

par

M. Xavier PARENT

nè le 19 JUILLET 1945 à ALENÇON -61-

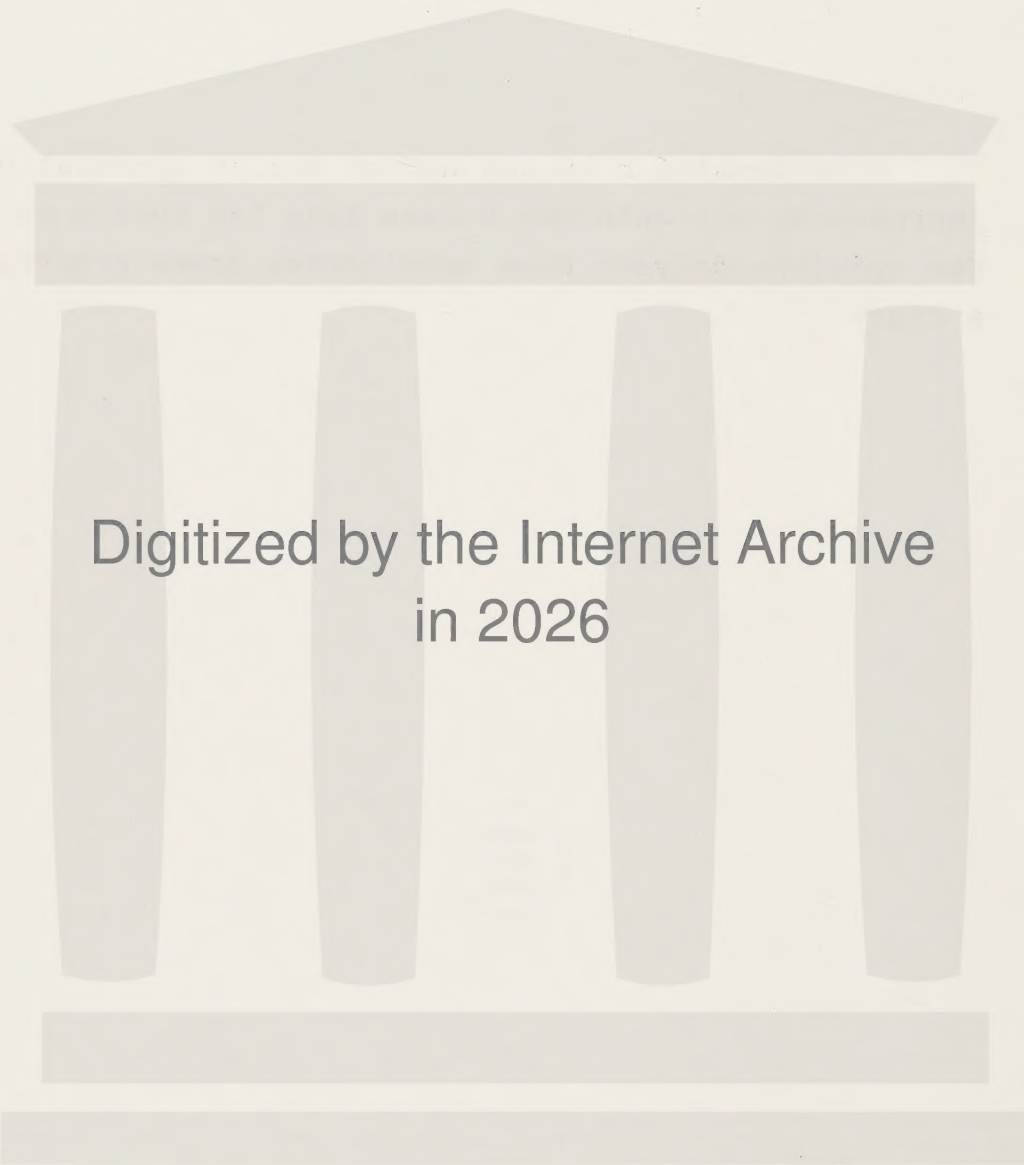
Présentée et Soutenue Publiquement le: 10 JANV. 1973

Président: M. le Professeur: G. LEVY



Reproduction du sceau original de la Faculté de Médecine de CAEN, fondée en 1438

L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550828_0007

FACULTE DE MEDECINE

PROFESSEURS

MM.	N...	Clinique obstétricale
	FOUCAULT	Pathologie expérimentale
	GUIBE	Clinique chirurgicale A
	GUIHARD	Pédiatrie
	LACROIX	Clinique et pathologie chirurgicales B
	LEMAIRE	Physiologie
	LEMENAGER	Séméiologie
	LHIRONDEL	Clinique médicale infantile
	OLIVIER	Clinique médicale B
	PHELINE	Anatomie
	N...	Clinique médicale A
	POULAIN	Médecine opératoire
	SAVINI	Pharmacologie
	VALLA	Médecine générale et thérapeutique
	VILLEY	Clinique médicale C

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.	BRION	Psychiatrie
	FABRE	Physiologie
	IZARD	Histologie et embryologie
	MOREL	Bactériologie, virologie
	MORIN	Neurologie
	POILPRE	Psychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.	BAZIN	Thérapeutique, réanimation médicale
	BEUVE-MERY	Médecine interne
	BEZARD	Chirurgie générale
	DAVERNE	Electro-radiologie
Mle	DENIZET	Radiologie
	DESCHAMPS	Dermatologie
	DROSDOWSKY	Biochimie médicale
	EVARD	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
	FERNANDEZ	Physique médicale
	GAUBERTI	Médecine préventive et santé publique, hygiène
	GIGNOUX	Chirurgie générale
	LECHEVALIER	Neurologie
	LEVY	Gynécologie et obstétrique
	LEYMARIE	Biochimie médicale
	LOYAU	Rhumatologie
	MANDARD	Anatomie pathologique
	MOULIN	Pharmacologie
	QUESNEL	Anesthésiologie
	ROUSSELOT	Anatomie pathologique
	THERET	Histologie et embryologie
	THOMAS	Immunologie, hématologie
	VENEZIA	Pédiatrie
	ABBATUCCI	Radiologie (Maître de conférences associé)

Je dédie cet ouvrage

A la mémoire de mon frère FRANCOIS.

Son affection pour moi était
simple et sincère,
Il était l'image de la douceur.

A la mémoire de Madame Lucienne BOULIER

Son absence en ce jour me peine,
mais le souvenir de sa grande
gentillesse à mon égard ne s'ef-
facera jamais.

A ma Femme,

avec toute ma tendresse.

A mes Parents,

en témoignage de ma profonde reconnaissance pour les sacrifices qu'ils se sont imposés tout au long de mes études.

A mes Beaux-parents,

A ma fille Marina,

A mes Frères et Soeur, Beaux-frères, Belles-soeurs et à leurs enfants,

A ma Famille.

A Monsieur le Professeur G. LEVY,

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

En témoignage de notre profonde
et respectueuse reconnaissance.

A Messieurs les Membres de notre Jury.

A Monsieur le Professeur E. POILPRE,

Sa personnalité, ses qualités
de clinicien nous ont profondé-
ment marqués.

Il nous a accueilli et guidé
dans son service avec une grande
bonté.

Sa présence ici nous honore.

A Monsieur le Professeur Agrégé R. VENEZIA,

Nous avons pu bénéficier, sous sa bienveillante autorité, de la richesse et de la précision de son enseignement.

Il nous honore en acceptant de juger ce travail.

En témoignage de notre admiration.

A Monsieur le Professeur Agrégé THOMAS,

qui a bien voulu s'intéresser à
notre travail malgré de multiples
tâches.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre respectueux
attachement.

A nos Maîtres du C.H.U. de CAEN.

A Monsieur le Professeur A. VALLA,
Doyen de la Faculté de Médecine de CAEN,

Nous avons compris auprès de lui
que l'intérêt du malade passait
d'abord par la rigueur scienti-
fique de notre raisonnement et
par la recherche constante du
travail bien fait.

En témoignage de notre reconnais-
sance.

A Monsieur le Professeur J. LEMENAGER,

Nous avons apprécié chez lui
son sens aigu de la Clinique.
Nous garderons de son enseignement et de ses conseils le souvenir d'une grande autorité.
Qu'il en soit vivement remercié.

A Monsieur le Professeur P. MORIN,

Nous lui savons gré de ne pas
nous avoir ménagé ses conseils
et son temps.

Sa prudence diagnostique assise
sur une connaissance étendue de
la Médecine nous a beaucoup pro-
fité.

Nous tenons à lui exprimer nos
remerciements pour l'enseigne-
ment qu'il nous a dispensé.

A Monsieur le Docteur J. AUBRION

Nous n'oublierons jamais ce que
notre séjour dans son service,
telle une grande famille, nous
a apporté.

En témoignage de notre profonde
gratitude.

A Monsieur le Professeur BONNET,

Il nous a accueilli avec bonté
dans son service. Nous avons
particulièrement apprécié sa
largeur d'esprit et son aptitude
à toujours accepter le dialogue.
En témoignage de notre respect.

Aux Sages-Femmes de l'Hôpital de CAEN.

A mes Camarades de Faculté.

A tous mes Amis.

I N T R O D U C T I O N

~ ~ ~ ~ ~

A la fin de notre Externat, il nous a été donné de nous intéresser, à la Clinique Obstétricale du C.H.U. de CAEN, aux problèmes des césariennes.

Nous nous proposons dans cette thèse de revoir les observations des césariennes effectuées dans le service, de 1968 à 1971, sous l'angle des indications.

Nous verrons à quelles conclusions ce travail nous a permis d'aboutir.

~ ~ ~ ~ ~

PLAN

.....

Pages

Un peu d'histoire.....	3
Tableaux d'observations.....	9
Etude des observations et discussions des résultats	50
Conclusions.....	79
Bibliographie.....	de I à I4

.....

UN PEU D'HISTOIRE



"La Médecine est depuis longtemps en possession
"de toute chose, en possession d'un principe et d'une méthode
"qu'elle a trouvés : avec ces guides, de nombreuses et excel-
"lentes découvertes ont été faites dans le long cours des siè-
"cles, et le reste se découvrira, si des hommes, capables et
"instruits des découvertes anciennes, les prennent pour point
"de départ de leurs recherches. Mais celui qui, rejetant et
"dédaignant tout le passé, tente d'autres méthodes et d'autres
"voies, et prétend avoir trouvé quelque chose, celui-là se
"trompe et trompe les autres".

"Traité de l'Ancienne Médecine"

HIPPOCRATE.

On connaît depuis longtemps grâce aux textes, la pratique de la césarienne chez des femmes enceintes décédées - la mythologie grecque notamment nous rapporte qu'Esculape, Dieu de la Médecine, comme chacun sait, serait né ainsi, comme plus tard Scipion l'Africain en l'an 237 avant Jésus-Christ (selon ce que nous en dit l'encyclopédiste Pline l'Ancien). Il est vrai que déjà 7 siècles avant J.C., la Lex Régia décrétée sous Numa Pompilius faisait obligation de pratiquer la césarienne post-mortem pour sauver l'enfant de sa mère morte.

Mais il faut remonter à un passé relativement récent pour avoir le récit d'une opération césarienne permettant d'extraire un enfant vivant de sa mère également vivante.

La première césarienne sur femme vivante qui nous soit rapportée remonte seulement à l'an 1500 de notre ère, soit près d'un siècle après l'invention de l'imprimerie (Corée, vers 1400). En 1500, un châtreur de porc suisse nommé Jufer, après que nombre de sages-femmes se soient vainement efforcées d'accoucher sa femme, pratiqua sur elle une césarienne et sortit un enfant vivant, lequel eut par la suite, nous dit-on, pas mal de frères et soeurs.

En 1581, Rousset publie le premier livre décrivant la césarienne sur enfant vivant : il parle d'enfantement césarien ou d'hystérotomotokie, bien que, peu de temps avant, Ambroise Paré n'est formellement contre-indiqué ce type de césarienne, opération qu'il tolérerait seulement sur la femme décédée.

Rousset pratiquait l'incision latérale de la paroi abdominale et de l'utérus, et ne suturait pas ce dernier, comme Trautmann, à peu près à la même époque en Allemagne.

L'hystérotomotokie fut d'autre part recommandée dans un ouvrage italien intitulé "La commère ou l'accoucheuse" et publié par Mercurio à Venise en 1585. Mercurio fut d'abord moine

dominicain, puis aventurier, et enfin médecin avant d'exercer l'obstétrique en France, et reprendre le froc dominicain en fin de carrière.

Le 17^{ème} siècle vit la naissance de Newton, Malpighi et Moriceau, et la découverte de la circulation sanguine (Harvey), du spermatozoïde, et du véritable forceps obstétrical (les Chamberlen). Comme Ambroise Paré, Moriceau condamna la césarienne sur la femme vivante, la qualifiant de cruelle et de barbare, ce à quoi Ruleau répliquait par la publication de l'observation d'une césarienne pratiquée sur le vivant en 1704.

Mais nous sommes déjà au 18^{ème} siècle qui fit de chacun de nous un homo sapiens grâce à Linné et vit naître Baudelocque (1748-1810) qui préférait la césarienne effectuée sur la ligne blanche, plutôt que la symphyséotomie selon Sigault, ou que l'accouchement prématuré provoqué des anglais. A cette époque, les anglais eurent surtout le grand mérite de s'attaquer au problème de l'infection puerpérale, en particulier en la personne de White, qui préconisait aussi le lever précoce des accouchées.

Au début du 19^{ème} siècle, l'opération césarienne reste quasiment mortelle en France du fait de la péritonite, des infections, des hémorragies, bien qu'à cette époque, l'allemand Osiander, Professeur à Göttingen, décrive une technique de césarienne avec incision du segment inférieur, donc extra-péritonéale. C'est pourtant au 19^{ème} siècle que la césarienne entra dans l'arsenal de la thérapeutique obstétricale.

L'essor que ce grand siècle donna à la science médicale se devait d'être prodigieux avec des hommes comme Claude Bernard (1813-1878), Pavlov (1849-1936), et surtout Pasteur (1822-1895) qui en proclamant le premier "la génération spontanée est une chimère" ouvrait une nouvelle ère à la chirurgie, sans oublier les théories de Semmelweis et de Tarnier sur l'infection et sur la contagion, Lister et l'antisepsie, Simpson et l'anesthésie. Grâce à toutes ces découvertes (y compris celles de la physiologie, de l'anatomie pathologique et de la bactériologie), les progrès furent ensuite très rapides.

En 1880, Saenger, de Leipzig, réhabilité la césarienne et insiste sur l'importance de la délivrance et des sutures. Suivant cette technique, Paul Bar effectue, le 4 Juillet 1884 à Tenon, une césarienne au terme de laquelle la mère et l'enfant sont sains et saufs. Toutefois dans tous les cas, passé un certain délai après la rupture des membranes, le risque d'infection péritonéale post-opératoire était considérable.

Et c'est ainsi qu'en 1904, Franck, Sellheim, Latzko et Döderlein remirent au goût du jour la technique de la césarienne suprasymphysaire, dite "basse", à travers le segment inférieur et extrapéritonéale, technique recommandée entre autres par Couvelaire (1873-1948), et généralement admise aujourd'hui, dans sa variété transversale. C'est Brindeau, en 1921, qui introduisit la césarienne segmentaire en France. Cette technique expose en effet beaucoup moins que la césarienne corporeale aux risques d'infection, de ruptures utérines et de césariennes inutiles, grâce à l'épreuve du travail.

L'avènement des sulfamides (1935) et de la pénicilline (1929 puis 1940) contribuèrent encore à faire de la césarienne une opération bénigne et des plus banales.

1935 1936 1937 1938 1939 1940 1941 1942 1943 1944 1945

TABLEAUX D'OBSERVATIONS

L'étude de nos observations à la Clinique Obstétricale du C.H.U. de CAEN porte sur la période 1968-1971.

Il fut pratiqué :

- en 1968, 48 césariennes pour 1437 accouchements, soit 3,3 %
- en 1969, 51 césariennes pour 1509 accouchements, soit 3,4 %
- en 1970, 76 césariennes pour 1820 accouchements, soit 4,2 %
- en 1971, 104 césariennes pour 2214 accouchements, soit 4,7 %

La liste des indications des opérations césariennes effectuées s'établit comme suit :

A) DYSTOCIES MECANIQUES

- Bassins rétrécis
 - très rétrécis
 - "limites"
- Présentations dystociques
 - P. transversales
 - P. du front
 - P. de la face
 - P. du bregma
 - P. occipito-postér.
 - P. pelviennes.

B) UTERUS CICATRICIELS

- Utérus césarisés
- Autres cicatrices utérines.

C) DYSTOCIES DYNAMIQUES.

D) IND. TENANT AU FOETUS OU A SES ANNEXES

- Insertion basse du placenta
- Procidence du cordon
- Souffrance foetale
- Excès du volume foetal
- Enfants précieux.

E) PERINEES OPERES.

F) MALADIES EN RAPPORT AVEC LA GROSSESSE

- Grossesses présumées prolongées
- Iso-immunisation Rhésus
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI)
- Toxémie
- Eclampsie.

G) MALADIES ASSOCIEES A LA GROSSESSE

- Diabète
- Cardiopathies
- Hypertension artérielle.

N°	AGE	P	G	T	PRESENT.	TRAVAIL	Type CESAR.	INT. ASSO
----	-----	---	---	---	----------	---------	-------------	-----------

BASSINS RETRECIS

228	24	I	I	9	?	B. limite, Echec perf. Ocy. Arrêt dil. à 7 cm	Segm. vert.	
245	26	I	I	9	Céph.	B. généralement rétréci	Segm. vert. à 4 cm.	
247	30	I	I	9,5	Céph.	B. généralement rétréci Arrêt dilat. à 3 cm. Non engagement	Segm. Trans.	

PRESENTATIONS DYSTOCHIQUES

276	4I	IO	I3	9	Bregma	Arrêt dil. à 6 cm malgré perf. ocytocique		
575	3I	2	2	9,33	Bregma	Arrêt dil. à gde paume Echec méthode toulousaine	Seg. Trans.	
2I	I8	I	I	9	Siège décomp.	Anom. dil. à gde paume échec perf. ocytocique	Seg. Trans.	
62I	20	I	I	?	Siège décomp.	Arrêt dil. à 6 cm prérupture utérine	Seg. Vert.	
IO22	3I	6	6	9	Transv.	Gémellaire. Rupture prématurée membranes	Seg. Trans. immédiate	
IO6	I9	I	I	8	Front	Dilatation complète	Seg. Trans. et forceps	

PERINEES CICATRICIELS

494	29	4	4	9		Cés. prophyl. pour grosse déchirure des 3 derniers accouchements	Seg. Trans.	
-----	----	---	---	---	--	--	-------------	--

ECLAMPSIE

487	20	I	I	?	Céph.	Cés. à I cm - TA. I6/I2 Albuminurie +++	Seg. Trans.	
-----	----	---	---	---	-------	--	-------------	--

CARDIOPATHIE

I29I	36	2	3	8,5		Cés. prophyl. pour Péri-cardite constrictive opérée	Seg. Corpor.	
------	----	---	---	-----	--	---	--------------	--

P : Pare - G : Geste - T : Terme - B.P. : bien portant - F.C. : fausse -
APG. : APGAR

OPER.	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APG. REANIMAT.	SORTIE	DIVERS
			M. 3000G.	A.6 Frictions al- cool. et O 2	?	
			F. 3590G.	A.7, Alcool et O 2	B.P.	
		Lux, hanche opérée	M. 3200G.	A.10	B.P.	
		2 F.C.	F. 4200G.		?	
			M. 4170G.	A.7, Aspir. et O 2	B.P.	
			M. 3260G.	A.10	B.P.	
			M. 3980G.	Endormi Aspir.	B.P.	
			F. 3500G.	A.8	B.P.	
			M. 3755G.	A 10	B.P.	
			M. 3200G.	A 10	B.P.	
			F. 4050 G.	A 10	B.P.	
			F. 2130G.	A 6 Asp. et O 2 - Pouponn.	B.P.	
		I F.C.	F. 3330G.	A 5 - Réan. Pouponn.	B.P.	



N°	AGE	P	G	T	PRESENT.	TRAVAIL	Type CESAR.	INT. ASSOC.
----	-----	---	---	---	----------	---------	-------------	-------------

DYSTOCIES DYNAMIQUES

139	19	I	I	9	Céph.	Anon, dil. Non engagement	Seg. Vert.	
373	26	I	I	9	?	Echec méthode toulousaine à 4 cm.	Seg. Trans.	
477	21	I	I	9	Céph.	Arrêt dil. à 3 cm malgré "ocytociques"	Seg. Vert.	
812	25	I	I	9	Céph.	Dil. stat. à 3 cm pendant 22 H. Echec perf. ocyt.	Seg. Vert.	
849	22	I	I	9	Céph.	Dil. stat. à 2 cm pendant 15 H. Echec méthode toulousaine		
904	22	I	I	9	Céph.	Dil. Stat. à 3 cm puis compl. après perf. ocyt. Non engag. Echec toulous.		
1007	35	I	I	9	Céph.	Dil. stat. à 3 cm. Membranes intactes.	Seg. Trans.	

INSERTIONS BASSES DU PLACENTA

230	42	4	4	7,5		Cés. prophyl. pour placenta partiel. recouvrant	Seg. Trans. et forceps	Stéril.
472	45	I4	I7	8		Cés. prophyl. pour placenta partiell. recouvrant	S. Vertical	Stéril.
511	36	7	8	8	Céph.	Cés. prophyl. pour placenta partiell. recouvrant Hémorragies	S. Trans.	
1342	22	2	2	6		Hémorragies Placenta "bas situé",	Seg. Trans.	

EXCES DE VOLUME FOETAL

115	29	I	I	9	Céph.	Dystocie des épaules		
542	21	I	I	9	Céph.	Dil. stat. à 4 cm	Seg. Vert.	

OPER.	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APG. REANIMAT.	SORTIE	DIVERS
Etat sub- fébrile			F. 3100G.	Endormie. Asp.	B.P.	
Désunion cicatr.			F. 3120G.	A. 10	B.P.	
			F. 3510G.	A. 10	B.P.	
			M. 3420G.	Syncope blan- che.	Décès à 20 m.	
			F. 3250 G.	Gasps	Décès	
			M. 3230G.	A 6, Anoxie cérébrale		
Etat sub- fébrile			F. 3520 G.	A 8, Asp. et O 2.	B.P.	
			F. 2640G.	A 8, Pouponn. Klippel-Trenau- nay	B.P.	
			M. 3810G.	A 10	B.P.	
		I F.C.	F. 3930G.	Réanimation in- efficace	Décès à qqs sec.	
			M. 1120G.	A 7, Pouponn.	Décès à 4 heures	
			M. 3640G.	A 8	B.P.	
Colibacil- le urinaï.			M. 4100G.	A 10	B.P.	

N°	AGE	P	G	T	PRESENT.	TRAVAIL	Type CESAR.	INT. ASSOC.
<u>SOUFFRANCES FOETALES</u>								
412	20	I	I	?	Céph.	Rupt. prém. membranes liq. très teinté Dil. à 2 cm	Seg. Trans.	
604	21	I	I	9	Céph.	Ralent. et irrégul. des b.d.c. foetaux	Seg. Vert.	
1053	22	4	4	9	Céph.	Liq. purée de pois. TA. 15/9	Seg. Trans.	
<u>UTERUS CESARISES</u>								
438	20	2	2	9	Céph.	Membr. intactes Arrêt dil. à 2 cm	Seg. Trans.	
655	39	2	2	9	Céph.	Arrêt dil. à 3 cm.	Seg. Trans.	
1248	22	2	3	9	P. Pelv.	Arrêt dil. à petite paume Membranes in- tactes	Seg. Trans.	
1243	31	3	3	?	Céph.	Mauvaises contract. utérines	Seg. Trans.	
76	39	15	15	8,5	Transv.	Dil. complète Alb. TA. 19/10 et excès liquide		Stéril.
809	34	6	7	?	Transv.	Cés. prophyl.	Corpol. vert.	Stéril.
1302	27	5	5	10?		S. régression placen. Amnioscopie ? Cés. prophyl.	Seg. Trans.	
1065	22	2	2	9		Cés. prophyl. pour ré- trécissement mitral	Seg. Trans.	
301	34	5	5	8,5		Cés. prophyl. pour iso. imm. Rhésus.	Seg. Vert.	
467	25	7	7	7,5		Cés. prophyl. pour iso. imm. Rhésus		Stéril.
1283	33	6	7	8		Cés. prophyl. pour iso. imm. Rhésus		Stéril.
87	31	4	4	9,5	Trans.	Cés. prophyl. itérative	Seg. Vert.	

OPER.	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APG. REANIMAT.	SORTIE	DIVERS
			F. 2460G.	A 8	B.P.	
			M. 3960 G.	A 10	B.P.	
		Obésité	M. 3460G.	A 2 Asp. et frictions alcool	B.P.	
	CI: éclampsie.		F. 2930G.	A 8 Thé et Rhum.	B.P.	
	CI: anomal dilat.		M. 4920G.	Cris après asp.	B.P.	
	CI: anomal dilat.	I F.C.	M. 3150G.	Réanim. ineffic.	Décès	
	CI: défaut enga.		F. 3750G.	A 10	B.P.	
	C2: itér.					
	CI: procub du cordon	2 V.B. depuis C I	M. 2300G.	A 1 Asp. et 0 2 Caféine	Décès à 30m.	2 enf. D.C.D. poupon
	CI: épaule	I F.C.	F. 3060G.	A 9	B.P.	
	CI: anomal dilat.		M. 3390G.	A 10	B.P.	
	CI: R.M.	R.M. opéré mal supp.	M. 3350G.	A 10 gueule de loup		
	CI: imm. Rhésus	Imm. Rhésus	F. 3150G.	A 8 Exsang. transf. Pouponn.	B.P.	
	CI: anomal dil. C2: ?	4 V.B. depuis C 2	F. 1150G.	Anasarque. Exsang. transf. Extr. sang et réan. pouponn.	Décès à 10 H.	
	3 ces. ant. prophyl.		F. 2900G.	A 6 Asp. et 0 2 Exsang. transf.	B.P.	
	CI: Pl. praevia	Eclampsie	M. 3380G.	A 10	B.P.	

N°	AGE	P	G	T	PRESENT,	TRAVAIL	Type CESAR.	INT. ASSC
421	29	3	3	9,5	Céph.	Cés. prophyl. itérative		Stéril.
715	36	8	8	8,5		Cés. prophyl. itérative	Seg. Vert.	Stéril.
386	25	3	3	9		Cés. prophyl. itérative	Seg. Trans.	

OPER.	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APG. REANIMAT.	SORTIE	DIVERS
	CI: alb. C2: an. dil.		M. 29 IOG.		?	
	CI: disp. foeto-pelv	I20 KG.	F. 4500G.	A IO	B.P.	
	CI - C2 : dysgravidie		M. 3780G. M. 3230 G.	A IO A IO	B.P. B.P.	

N°	AGE	P	G	T	PRESENT,	TRAVAIL	Type CESAR.	INT. ASSO
----	-----	---	---	---	----------	---------	-------------	-----------

BASSINS RETRECIS

23	18	I	I	9,5	Céph.	Promont, atteint, Dil. stat. à 4 cm Echec perf. ocyt. Echec méth. toulousaine	Seg. Trans.	
60	19	I	I	9	Céph.	Promont, atteint. Dil. stat. à 6 cm	Seg. Corpor.	
718	25	I	I	9	Céph.	Bassin rétréci	Seg. Trans.	
675	24	I	2	9	Céph.	B. limite Epines scia. saillantes Dil. stat. à 3 cm	Seg. Vert.	

PRESENTATIONS DYSTOCIQUES

1005	21	I	2	9	Siège décompl.	Arrêt dil. à 9 cm Non engag. malgré perf. ocyt.	Seg. Trans.	
1348	21	I	I	9	Siège	Relèvement des bras	Seg. Trans.	
1208	39	6	6	9	Transvers.	Dil. à 4 cm.	Seg. Trans.	Stéril.
988	19	2	2	8,5	Transvers.	Echec tentative de version par man. internes	Seg. Vert.	

DYSTOCIES DYNAMIQUES

180	42	I	I	?	Céph.	Non engag. à dil. compl.	Seg. Trans. et forceps	
816	23	I	I	9,5	Céph.	Dil. Stat. à 5 cm.	Seg. Corpor.	
860	29	I	I	?	Céph.	Arrêt dil. à 8 cm Non engag.	Seg. Trans.	
13	20					Non dil. Echec toulousaine sur tête engagée		

INSERTION BASSE DU PLACENTA

793	39	14	14	7,75	Transv.	Pl. central Hémorragies	Seg. Trans.	
1155	25	3	3	7,5	Transv.	Pl. central Hémorragies	Seg. Trans.	
1178	38	6	7	7	Céph.	Placenta praevia recouvrant	Seg. Corpor.	Stéril.

S. OPER.	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APG. REANIMAT.	SORTIE	DIVERS
			M. 3520G.	A 10	B. P.	
			F. 3420G.	Asp. et 0 2	?	
			M. 3450G.	A 8	B. P.	
		I F. C.	F. 3050G.	A 9 Asp. et 0 2	B. P.	
		I F. C.	M. 4090G.	A 10	B. P.	
			F. 2995G.	A 10	B. P.	
			M. 3380G.	A 10	B. P.	
			M. 3620G.	Endormi Asp.	?	
			M. 3180G.	A 3 Asp. et 0 2	?	
			M. 3080G.	A 6	B. P.	
			M. ?	A 1 Asp. et 0 2	?	
			?			
			M. ?	A 4 Réan. poupon.	Décès en qqs heures	
			M. 2400G.	Réan. inefficace	Décès	
			M. 1980G.	A 6 Réanim. pouponn.	Décès à 5 H.	

N°	AGE	P	G	T	PRESENT.	TRAVAIL	Type CESAR.	INT. ASSO
----	-----	---	---	---	----------	---------	-------------	-----------

EXCES DE VOLUME FOETAL

405	23	3	3	9	Céph.	Non engag. à dil. compl. malgré épreuve toulous.	Seg. Trans.	
849	17	I	I	9	Céph.	Arrêt dil. à 4 cm		
863	22	I	I	9	Céph.	Arrêt dil. à 4 cm	Seg. Vert.	

SOUFFRANCE FOETALE

253	43	7	7	9,25	P.pelv.	Ces. immédiate pour liqu. méconial et b.d.c. très modifiés Pas en travail.	Corpor. Vert.	
860	29	I	I	9	Céph.	Liquide "purée de pois" col non effacé	Seg. Trans.	
872	28	I	I	9	Céph.	Liq. teinté b.d.c. sourds et arrêt dil. à 2 cm.	Seg. Trans.	
II46	20	I	I	9	Céph.	Arrêt dil. à 5 cm Liq. teinté, b.d.c. foetal ralentis.	Seg. Trans.	
859	21	I	I	8,75	Céph.	Dil. stat. à 2 cm, Liq. se teintant	Seg. Trans.	

ENFANT PRECIEUX

I94	26	3	3	8	Céph.	Cés. prophyl.		
-----	----	---	---	---	-------	---------------	--	--

UTERUS CESARISES

II38	29	3	3	8,5	Transv.	Pas en travail	Seg. Trans.	
809	23	2	2	9	?	Dil. stat. à 5 cm Bas-sin limite		
490	29	4	6	?	P. Pelv.		Seg. Corpor.	Stéril.
II10	22	3	3	9	?	Mauvaise contraction utérine		Stéril.
II36	22	2	2	?	Céph.	Dil. Stat. à 3 cm	Seg. Trans.	

OPER.	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APG. REANIMAT.	SORTIE	DIVER
Emb. pulm guérie			M. 5520G.	A IO	B.P.	
			M. 4250G.	A I Réan. Resp. et métab.	?	
			F. 3840G.	A IO	B.P.	
Abscès de la paroi		Schizophré- nie	F. 3460G.	Réan. resp. et métab.	B.P.	
			M. 2980G.	A IO	B.P.	
			M. 3220G.	A 9	B.P.	
			M. 4030G.	A 6 Asp. et O 2	B.P.	
			F. 3500G.	A IO	B.P.	
			F. 2720G.	A 9	B.P.	2décè in utéro
Etat dépres.	CI: anom. dilat.	2 F.C.	F. 3130G.	A IO	B.P.	
	CI: anom. dilat.		M. 4080G.	A 8	B.P.	
	CI - C2 : anom. dil.		F. 3930G.	A IO	B.P.	
	CI - C2 : anom. dil.		F. 3840G.	A IO	B.P.	
	CI: anom. dil.		M. 3420G.	A IO	B.P.	

N	AGE	P	G	T	PRESENT.	TRAVAIL	Type CESAR.	INT. ASSO
846	30	2	2	9	P. Pelv.	Pas en travail	Seg. Trans	
I22I	28	2	2	9	Céph.	Rupture de cicatrice utérine sous péritonéale		Stéril.
I68	28	2	3	9	?	Cés. prophyl. pour dysgravidie	Seg. Trans.	
346	40	6	6	8,5	Céph.	Cés. prophyl. pour dysgravidie	Seg. Trans.	Stéril.
67I	35	8	9	9	Céph.	Cés. prophyl. pour dysgravidie	Seg. Trans.	Stéril.
I8I	32	3	3	8,5		Cés. prophyl. pour enfant précieux	Seg. Vert.	
924	29	2	4	8,5		Cés. prophyl. pour enfant précieux	Seg. Trans.	
I6	24	2	2	9		Grossesse gémellaire H.U. : 44 cm.	Seg. Trans.	

PERINEES OPERES

409	29	2	2	9	Siège décompl.	Cés. prophyl.		
-----	----	---	---	---	----------------	---------------	--	--

GROSSESSE PRESUMEE PROLONGEE

I173	24	I	I	9,33	Céph.	Histo : début régression placent., liq. teinté (amnioscopie) b.d.c. ralentis	Cés. prophyl. Seg. transv.	
------	----	---	---	------	-------	--	----------------------------	--

ISO-IMMUNISATION RHESUS

I256	30	2	6	9	Céph.	Cés. prophyl. voie basse impossible	Seg. Trans.	
------	----	---	---	---	-------	-------------------------------------	-------------	--

DECOLLEMENT PREMATURE DU PLACENTA NORMALEMENT INSERE

34	39	I5	I6	8,5	?	Pas en travail Grosses hémorragies	Seg. Trans.	Stéril.
I053	39	II	II	7?	P. pelv.	Hémorragies	Seg. Corpor.	Stéril.

OPER.	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APC. REANIMAT.	SORTIE	DIVERS
	CI: anom. dil.		M. 3750G.	A IO	B.P.	
	CI: anom. dil.		M. 4410G.	A 8 Asp. et 0 2	B.P.	
	CI: dys- gravidie	I F.C.	F. 3795G.	Réan. respir.		
	CI: dys- gravidie	R M bien toléré	F. 3650G.	A IO	B.P.	
	CI: anom. dil.	I F.C.	F. 3760G.	A 9	B.P.	
	CI: DPPNI	Emb. pulm.	F. 3400G.	criant	B.P.	2N=nés dcd en 24 H.
	CI: DPPNI	2 F.C.	F. 3000G.	A IO	B.P.	N=né dcd en qqs H.
Even- ration	CI: anom. dil.		M. 2400G. M. 2600G.	A IO A 8	B.P. B.P.	
		Fistule Rec- to-vagin. lors ler acc. (for- ceps)	M. 3790G.	A IO	B.P.	
			M. 3730G.	A IO	B.P.	
		3 F.C.	F. 3220G.	Anasarque Réan. ineffic.	Mort- née.	
			F. 4090G.		Mort- née	
			F. 1950G.		Mort- née.	

N	AGE	P	G	T	PRESENT.	TRAVAIL	Type CESAR.	INT. ASSO
---	-----	---	---	---	----------	---------	-------------	-----------

TOXEMIE

663	37	9	9	9	?	Cés. prophyl. TA. I8/II Alb.	Seg. Trans.	Stéril.
1025	33	5	5	8	Céph.	Cés. prophyl. TA. I6/9 Alb.		Hystér.

DIABETE

1215	41	I3	I4	8		Cés. prophyl.	Seg. Trans.	Stéril.
------	----	----	----	---	--	---------------	-------------	---------

OPER.	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	AP. REANIMAT.	SORTIE	DIVERS
			F. 3440G.	A. IO	B. P.	
		Sy. néphrot.	F. 3850G.	A IO	B. P.	
		Diabète bien équilibré	F. 3840G.	A IO Pouponn.	B. P.	

N°	AGE	P	G	T	PRESENT.	TRAVAIL	Type CESAR.	INT. ASSO
<u>BASSINS RETRECIS</u>								
608	18	I	I	9	Céph.	Promont, atteint, Echec courte épreuve du travail	Seg. Transv.	
I080	25	2	3	9	Céph.	Dil. normale La tête bute sur le détroit moyen.	Seg. Trans.	
I386	23	I	I	9	Céph.	Bassin général rétréci Courte épreuve du travail (1 heure)	Seg. Trans.	
I622	23	I	I	9	Céph.	Promont, atteint Arrêt dil. à 5 cm. Non engagé, Echec ocytociq.	Seg. Trans.	

PRESENTATIONS DYSTOCIQUES

597	20	I	I	9	OI DP	Dil. stat. à 4 cm malgré courte épreuve travail. Echec toulousaine	Seg. Trans.	
644	I6	I	I	8	OIDP	Anom. dil. à 9 cm. Echec épreuve travail terminée sous AG.	Seg. Trans.	
I039	36	4	4	9,3	OIDP	Arrêt dil. malgré épr. travail terminée sous AG.	Seg. Trans.	Stéril. (Irwing)
I26I	3I	3	3	9	OIDP	Arrêt dil. à 7 cm. Non engagé. Echec perf. ocyt. Echec méthode toulous.	Seg. Trans.	
I269	39	9	8	9	OIDP	Dil. stat. à 6 cm. Echec perf. ocyt. Echec méth. toulousaine. H.U. 40cm	Seg. Trans.	
I24I	35	6	6	9	Bregma	Arrêt dil. à 8 cm. Non engagé. S. de prérupture Echec perf. ocyt. - Echec toulous.	Seg. Trans.	
I363	37	I	I	9	Siège	Ces. prophyl. I M. 48 H.U. 36. Prise poids I4 Kg - Alb.	Pfann. Seg. Trans.	
III8	24	3	3	9	Transv.	Hydramnios, liq. teinté. Echec version man. externes.	Seg. Vert.	

OPER.	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	ARC. REANIMAT.	SORTIE	DIVERS
		I F.C.	M. 3235G.	A 9	B.P.	
			M. 3810G.	A 10	B.P.	
			M. 4340G.	A 10	B.P.	
			F. 3260G.	A 10	B.P.	
lymphan- ite sein			M. 3500G.	A 10 Asp. et O 2	B.P.	
			F. 3190G.	Endormie Asp. et O 2		
			M. 4170G.	A 10 Trisomie 21 Pouponn.		
			F. 2980G.	A 10	B.P.	
			M. 4380G.	A 10	B.P.	
			M. 3975G.	A 10	B.P.	
ocnic- étrie		I M. 48	F. 3650G.	A 10	B.P.	
			M. 3960G.	A 10	B.P.	

N°	AGE	P	G	T	PRESENT.	TRAVAIL	Type CESAR.	INT. ASSO
1551	20	I	I	9	Front NIGA	Liquide teinté	Seg. Trans.	
810	21	I	I	7	Face MIDT	Enclavement prérup. face négligée à dil. compl. avant hôpital		

DYSTOCIES DYNAMIQUES

428	20	I	I	9	Céph.	Anom. dil. à 2 cm Liq. teinté,	Seg. Trans.	
1012	20	I	I	9	Céph.	Arrêt dil. à 4 cm Non engagement malgré perf. ocyt. et A.G.	Seg. Trans.	
1435	37	4	4	8,5	Céph.	Arrêt dil. à 5 cm Non engag. malgré perf. ocyt. Echec méth. toulousaine	Pfann. et Seg. Trans.	Stér. 1. (Irwing) Myomect.
1558	23	I	I	9	Céph.	Non engag. à dil. comp. malgré épr. travail terminée sous A.G.	Seg. Trans.	Append.
1680	22	I	I	8,5	Céph.	Arrêt dil. à 4 cm Non engag. Echec méth. toulousaine	Pfann. et Seg. Trans.	Append.
557	20	I	I	8,5		Dil. stat. à 4 cm Non engag. Echec méth. toulousaine		
244	22	I	I	8,25	Céph.	Sacculation face ant. du seg. inf. Non en travail. Rupt. prém. membranes	Seg. Trans.	

SOUFFRANCES FOETALES

1262	23	I	I	9	OIDP	Liquide purée de pois courte épreuve travail	Seg. Trans.	
493	18	I	I	9	Siège complet	B.d.c. assourdis à dil. complète	Seg. Vert.	
931	20	I	I	9	Céph.	Dil. stat. à 2 cm pendant 14 H. Liquide se tein- tant	Seg. Trans.	

OPER.	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APG. REANIMAT.	SORTIE	DIVERS
			F. 2200G.	Débilité A 6 asp. et 0 2 A 9 à 5m.	Pouponn.	
			M.	A I Réan. resp. et metab. A 3 à 10mn.	Décès à 48 H.	

ochio- trie tat sub- ébrile ymphan- le sein		Maladie de Milroy	M. 3535G.	A 9	B. P.	
			M. 3215G.	A 10	B. P.	
			M. 3240G.	A 10	B. P.	
			F. 3500G.	A 7 Asp. et 0 2 A 10 à 5 mn.	B. P.	
			M. 3220G.	A 3 Réan. resp. A 10 à 10 mn.	B. P.	
			M. 2780G.	Endormi Asp. et 0 2		
			M. 3700G.	A 10	B. P.	

écès de a paroi		I M. 45 Point. 35	M. 3570G.	A 10	B. P.	
			F. 3260G.	A 4 Réan. resp. A 10 à 10 min.	B. P.	
			F. 3470G.	A 5 Asp. et 0 2 A 7 à 5 min.	B. P.	

N°	AGE	P	G	T	PRESENT.	TRAVAIL	Type CESAR.	INT. ASSO
1377	19	I	I	9	Céph.	Dil. stat. à 5 cm Liq. purée de pois, B.d.c. irréguliers		
1525	21	I	I	8	Céph.	Dil. stat. à 1 cm, Souffrance foetale début. Liq. méconial		Append.
1514	18	I	I	9	Céph.	Dil. stat. à 3 cm, Liq. se teintant	Seg. Trans.	

INSERTION BASSE DU PLACENTA

71	26	8	8	6,75	Trans.	Pl. marginal, Hémorragies	Corpor. Vert.	
878	22	3	3	8,5	Trans.	Pl. marginal, Cés. prophyl.	Seg. Trans.	Pl. acréta. Hystér.
894	33	3	3	8,5	Pelv.	P2. part. recouvrant Hémorrag. Pas en travail	Seg. Trans.	
944	22	I	I	8,5	Céph.	Pl. latéral. Hémorragies. Dil. à 1 cm.	Seg. Trans.	
1327	23	2	2	8,5	Céph.	Pl. "praevia" Hémorragies du 3° trim. et en début de travail.	Seg. Trans.	
1331	41	8	II	8,5	Céph.	P2 marginal. Hémorragies répétées. Cés. prophyl.	Seg. Trans.	

EXCES DE VOLUME FOETAL

1245	23	I	I	9	Céph.	H.U. 40 cm. Dil à 9cm Non engag. Echec épr. travail terminée sous AG.	Seg. Trans.	
1652	18	I	I	9	Céph.	Echec perf. sous AG. à 9 cm. Non engag.	Seg. Trans.	
1320	22	I	I	9	OIDP	Arrêt dil. à 5 cm. Non engag. Echec méthode toulousaine	Seg. Trans.	
496	17	I	I	9	Céph.	Dil. stat. à 6 cm. Non engag. malgré perf. dolosal phénergan	Seg. Trans.	

OPER.	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APC. REANIMAT.	SORTIE	DIVERS
décès par diabète taie			M. 3720G.	A 1 Réan. resp. et Métab. Pouponn.	B.P.	
F. Ur.			M. 3720G.	A 4 Réan. resp. et métab. A IO à IO mn.	B.P.	
		Prise poids 14 Kg	M. 3970G.	A IO	B.P.	

décès par			M. 1700G.	A 4 Réan. Poupon.	Décès à 48 H.	
			F. 3110G.	A IO	B.P.	
			M. 3290G.	A IO	B.P.	
			M. 3260G.	A 2 Asp. et O 2 A 8 à IO m.	B.P.	
conrus			F. 2700G.	A 8	B.P.	
			F. 3580G.	A IO	B.P.	

		Prise poids 20 Kgs	M. 4500G.	A 2 Asp. et O 2 A IO à 5 min.	B.P.	
		Prise poids 20 Kgs	M. 4595G.	A IO	B.P.	
		Epilepsie Tub. Pulm.	F. 4070G.	A 3 Asp. et O 2 A IO à IO min.	B.P.	
			M. 3810G.	A 9	B.P.	

N	AGE	P	G	T	PRESENT.	TRAVAIL	Type CESAR.	INT. ASSOC.
I484	33	4	5	?	Céph.	Arrêt Dil. à 7 cm. Non engagé, malgré A.G.	Pfann. et Seg. Trans.	
I598	I9	I	I	9	Céph.	Arrêt Dil. à 7 cm malgré épreuve sous A.G. Non engagement	Pfann. et Seg. Trans.	Appendic.

UTERUS CESARISES

90	28	5	5	9	Céph.	Dil. stat. à 3 cm. Liq. teinté	Seg. Trans.	
II33	28	2	2	9	Céph.	Arrêt dil. à 5 cm	Seg. Trans.	
III3	25	5	8	9	Siège décompl.	Arrêt dil. à 10 cm. Non engagé.	Seg. Trans.	
475	37	5	5	8,5	Trans.	Cés. Prophyl.		Stéril.
I385	I9	2	2	9		B. rétréci. Pas en travail		
I375	25	2	2	9	Céph.	Dil. stat. à 5 cm		
II68	34	3	3	9		Cés. prophyl.	Seg. Trans.	Stéril. (Irwing)
I352	37	7	7	8,5	Céph.	Cés. prophyl.	Seg. Trans.	Stéril.
771	32	2	4	8,5		Cés. prophyl. pour HTA essentielle	Seg. Trans.	Stéril. (Irwing)

DIABETE

740	24	I	I	8,5		Cés. prophyl. pour aug. assez rapide de H.U.	Trans. Basse.	
948	24	I	I	8	Céph.	Pas en travail. Rupt. prémat. des membranes	Seg. Trans.	
989	24	I	I	8		Cés. prophyl. pour augm. brutale de HU.	Seg. Trans.	

OPER.	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APC. REANIMAT.	SORTIE	DIVERS
		I F.C. imm. Rhésus	M. 3890G.	A 9	B.P.	
			F. 3650G.	A 10	B.P.	

CI: Proc. cordon		M. 3920G.	A 9	B.P.	
CI: dysto- cie dynam.		F. 3600G.	A 9	B.P.	
CI: siège		M. 3840G.	A 10	B.P.	
CI: Proc. cordon		M. 4250G.	Asp. et O 2		
C2: épaule					
CI: B.ré- tréci		M. 3250G.	A 10 Cyanose extr. Pouponn.	B.P.	
CI: utér. didelphe		M. 3800G.	A 10	B.P.	
CI: Gross. prol. C2:?		M. 3880G.	A 10	B.P.	
CI - C2 . Anom.dilat.		M. 2520G.	A 5 Asp. et O 2 A 10 à 10 min.	B.P.	
CI: HTA.es- sentielle	Bisurrénalec. sub-totale	M. 2980G.	Réan.resp. et mét. Poupon.	B.P.	

		F.	A 2 Poupon. A 9 à 15 min.	B.P.	
		M. 2650G.	A 1 Réan. Métab. Pouponn. A 9 à 5 min.	B.P.	
		F. 4180G.	Poup. A 7 après réan.	B.P.	

N°	AGE	P	G	T	PRESENT.	TRAVAIL	Type CESAR.	INT. ASSO
----	-----	---	---	---	----------	---------	-------------	-----------

HYPERTENSION ARTERIELLE PRE-EXISTANTE

616	40	9	12	9	Pelv.	Rupt. prémat. membranes Liq. teinté. Alb. Oedème MI-HU 40 cm. Cés. prophyl.	Seg. Trans.	Stéril.
-----	----	---	----	---	-------	--	-------------	---------

RUPTURE UTERINE

430	39	9	9	9,5	Céph.	A l'admission, rupt. utér. sous périt. dil. compl. Non engag.		Hystér.
-----	----	---	---	-----	-------	---	--	---------

ISO-IMMUNISATION RHESUS

848	40	3	3	7,3	Pelv.	Cés. prophyl. Excès de liquide	Seg. Corpor.	
-----	----	---	---	-----	-------	-----------------------------------	--------------	--

DECOLLEMENT PREMATURE DU PLACENTA NORMALEMENT INSERE :

III7	26	2	2	7,5		Choc hémorragique	Seg. Trans.	
I684	22	I	I	8			Seg. Trans.	

TOXEMIE

837	42	3	3	9		Tout début de travail	Seg. Trans.	Stéril.
II30	21	I	I	9	Céph.	Non engag. à dil. compl. Pré-éclampsie	Seg. Trans.	

ECLAMPSIE

I210	28	I	I	7,5	Céph.	TA, 25/12 Non en tra- vail. Crises non jug. par le trait. médical	Seg. Trans.	
I620	25	I	I	7		Convulsions en fin 7° mois. Non résolu, par trait. médical	Pfann. et Seg. Trans.	Append.

PER.	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APG. REANIMAT.	SORTIE DIVERS
		115 KGS	F. 4150G.	A 6 Asp. et O 2 A 10 à 5 min.	B.P.
			M. 4520G.		Mort-né
			F.	A 3 Anasarque Réan. Exsang. tra. Pouponn.	Ictère rétent. à rech.
			F. F. 2250G.	A 1 Réan. resp. et metab. Poupon.	Décès à 4 H. Mort- née.
		Pré-diabète	M. 3390G. F. 4250G.	A 7 puis A 10 à 5 min. Décès en tout début travail	B.P. Mort- née.
			M. 2180G.	A 3 Réan. A 9 à 5 min. Pouponn.	Hypo- trophie
			M.	Pouponnière	Décès

N°	AGE	P	G	T	PRESENT.	TRAVAIL	Type CESAR.	INT. ASSO
BASSINS RETRECIS								
962	21	I	I	9	Céph. O.I.D.P.	B.transversalement ré- tréci. Arrêt dil. Non engagement.	Seg. Trans. Pfann.	Append.
1166	19	I	I	9	Siège décomp.	B.limite. Dil.trai- nante à 7 cm. Non engagement	Seg. Trans.	
133	21	I	I	9,33	Céph. O.I.D.P.	B.limite. Arrêt dil. à 5 cm. Non engagement.	Pfann. et Seg. Transv.	Append.
122	19	I	I	9	Siège décomp.	Promont. atteint. Cés. à 5 cm.	Pfann. et Seg. Trans.	Append.
251	20	I	I	9	Céph. O.I.D.P.	Promont. atteint. Ar- rêt dil. à 5 cm. Non engag. Echec perf. ocytocique.	Pfann. et Seg. Trans.	Append.
1566	21	I	I	9	Céph.	Promont. Att. Arrêt dil. à 9 cm. Echec perf. ocyt. Echec toulousaine	Pfann. et Seg. Trans.	
633	21	I	I	8,75	Céph.	B.génér. RETRECI. Non engag. à dil. compl. malgré perf. ocyt. et Anes. G.	Seg. Trans.	
1226	21	I	I	9	Céph.	B.limite. Echec é- preuve du travail	Seg. Trans.	
1434	25	I	I	9	Céph.	B.génér. rétréci.	Seg. Trans.	
1739	15	I	I	?		B.chirurgical. M : bradycardie entre les contractions utér.	Seg. Trans.	
1934	20	I	I	8,5	S.décomp. SIGA	B. Transv. rétréci. Arrêt dil. à 7 cm. Non engag. M:Tachyc. foetale.	Pfann. et Seg. Trans.	
982	22	2	2	9	Céph.	B.Génér. Rétréci. Ar- rêt dil. à 9 cm. Echec épreu. travail terminée ss. A.G.	Seg. Trans.	

M : Monitoring - Pfann : Pfannenstiel - Append. : appendicectomie.

OPER.	CES, ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APG, REANIMAT.	SORTIE	DIVERS
		Toxémie	M. 4340G.	A 10	B.P.	
		Prise poids 14 Kgs	F. 3150G.	A 10	B.P.	
			M. 3350G.	A 5 Asp. et 0 2 A 8 à 5 min.	B.P.	
			F. 3500G.	A 10	B.P.	
		I M. 43 Point. : 36	F. 3490G.	A 10	B.P.	
			M. 3640G.	A 4 à 1 min. Asp. et 0 2 A 9 à 5 mn.	B.P.	
			M. 3510G.	A 10	B.P.	
		I M. 50 Point. 37	M. 3970G.	A 5 à 1 min. Réan. Resp. A 9 à 3 mn.	B.P.	
		I F.C.	F. 2970G.	A 10 Asp.	B.P.	
		Débile profonde	F. 2930G.	A 3 à 1 min. Asp. et 0 2 : A 9 à 5 min.	Aspect post- mature	
I. In.			M. 3340G.	A 8 à 1 min. A 10 à 2 min.	B.P. et	Hypo- spad.
			F. 3980G.	A 10	B.P.	

N	AGE	P	G	T	PRESENT.	TRAVAIL	Type CESAR.	INT. ASSO
PRESENTATIONS DYSTOCIQUES								
II-6	19	I	I	9	Siège décomp.	Arrêt dil. à 5 cm Liquide méconial	Piann. et Seg. Trans.	Append.
I802	20	I	I	8,25	Siège compl.	Non progress. Dil. à 4 cm malgré perf. ocyt. Monitoring.	Pfann. et Seg. Trans.	
3I6	I7	I	I	8,5	Siège Compl.	Cés. à 7 cm HU. : 37 et tête défléchie	Seg. Trans.	
330	40	5	6	9	S. décomp. SIGP	Dil. lente. Non engag. Rupt. prématurée des membranes	Seg. Trans.	Stéril. (Irwing) Append.
I3I5	4I	9	9	9	S. décomp.	Non dil. du col malgré ocytociques	Seg. Trans.	Stéril. (Pomeroy)
I520	23	2	2	9	S. décomp.	Non engag. à dil. compl. pl. malgré perf. ocyt. M.	Seg. Trans.	
I644	24	I	I	9	S. décomp. SIGP	Anon. dil., non engag. Echec perf. Ocyt. M.	Seg. Trans.	
I665	24	I	I	9	S. décomp.	Rupt. prémat. membranes Arrêt dil. à 7 cm M.	Pfann. et Seg. Trans.	
324	I9	I	I	9	S. décomp. SIGA	HU : 38. Dil. à 5 cm trainante.	Seg. Trans.	Appen.
224	38	6	6	9	Céph. OIDP	Dil. lente Non engag. malgré perf. ocyt. et anest. génér.	Seg. Trans.	Append.
II64	43	2	2	9	Céph. OIDP	Dil. train. Non engag. Perf. ocyt. 30 min. : échec. Echec ventouse.	Seg. Trans.	Stéril. (Irwing) Append.
678	I9	I	I	9	Céph. OIDP	Non engag. à dil. comp. malgré perf. Ocyt. liquide teinté.	Seg. Trans.	Append.
IOI6	2I	I	I	8,5	Céph. OIDP	Non engag. à dil. compl. Echec toulousaine (I H. Anest. génér.)	Pfann. et Seg. Trans.	

OPER.	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APG. REANIMAT.	SORTIE	DIVERS
			M. 3960G.	A 5 Asp. et O 2 A 9 à 5 min.	B.P.	
			M.	A I R. resp. et métab. Pouponn.	B.P.	
			F. 3420G.	A 5 Réa. resp. et metab. : A IO à IO min.	B.P.	
		I F.C.	M. 4570G.	A IO	B.P.	
			F. 3860G.	A 2 à I min. Réa resp. et Met. : A IO à 33 mn.	B.P.	
			M. 3930G.	A 3 à I min. R. resp. et mét. A IO à 5 m.	B.P.	
			M. 3550G.	A 5 à I mn. Asp. et O 2 : A 6 à 5 min.	B.P.	
			F. 3700G.	A 6 à I min. A IO à 3 min.	B.P.	
			M. 4950G.	A IO	B.P.	
		Prise de poids I4 Kg	F. 4150G.	A 4, A 9 à 7min.	B.P.	
		I20 Kg Phlébite lors grossesse	F.	A I Poup. Flut- ter I/I Pneu- mothorax	B.P.	
		Prise de poids I8 Kg	F. 3150G.	A 6 Asp. et O 2 A IO à 5 min.	B.P.	
		Dysgravidie	M. 2930G.	A 5 R. resp. A 9 à 5 min.	B.P.	

N°	AGE	P	G	T	PRESENT,	TRAVAIL	Type CESAR.	INT. ASSO
26	20	I	I	9	Bregma	Arrêt dil. à 5 cm. Non engag. Toulousaine : non engag. à 9 cm et prérapture	Seg. Trans.	
I33I	I8	I	I	9	Bregma	Dil. stat. Non eng. à 6 cm malgré perf. ocyt. et toulousaine	Pfann. et Seg. Trans.	
869	30	I	I	9	Bregma	Dystocie cervicale Echec perf. ocyt. Echec toulousaine	Seg. Trans.	
965	I8	I	I	9	Bregma	Echec épr. travail. Dil. stat. à 6 cm	Pfann. et Seg. Trans.	Append.
I743	34	8	9	9	Face MIDP	Non rotat. Echec épr. travail prudent (I/2 H.) M.	Seg. Trans.	Stéril. (Pomeroy)
556	4I	9	II	9	Front NIDP	HU 47 - Arrêt dil. à 7 cm	Seg. Trans.	Stéril. (Irwing)
723	I8	I	I	9	Front NIDA	Césarienne à 7 Cm	Seg. Trans.	
I320	34	4	7	7,75	Trans.	Césarienne immédiate à 2 cm.	Seg. Trans.	

DYSTOCIES DYNAMIQUES

554	2I	I	2	9	Céph. OIGA	Arrêt dil. à 4 cm. Non engag.	Pfann. et Seg. Trans.	
IO3	I9	I	I	7?	Céph.	Arrêt dil. Non engag. Echec perf. ocyt. à 3 cm Echec toulousaine	Pfann. et Seg. Trans.	Append.
746	35	I	I	9	Céph.	Lenteur dil. malgré perf. ocyt. Méth. toul. : dil. rapide et non enga.	Pfann. et Seg. Trans.	
1814	26	I	I	8,5	Céph.	Dil. stat. à 7 cm Echec épreu. travail sous anes. générale M.	Seg. Trans.	
1775	29	I	I	8,5	Céph.	Arrêt dil. à 9 cm. Non engag. malgré perf. ocyt. et toulousaine	Seg. Trans.	

PER.	CES, ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APG. REANIM.	SORTIE	DIVERS
			M. 3520G.	A 6 endormi A IO à 9 min.	B.P.	
o-fé- le			M. 3230G.	A 7 Asp. et O 2	Un peu hypoto- nique	
		I M. 49	F. 3060G.	A IO Asp. et O 2	B.P.	
			F. 3740G.	A IO	B.P.	
		I F.C.	M. 4040G.	A 7 à I min. Asp. et O 2 A IO à 5 min.	B.P.	
vre mie		2 F.C.	M. 4455G.	A IO	B.P.	
			F. 3330G.	A 5 puis A IO à 2 min.	B.P.	
ébrite		3 F.C.	M. 3200G.	A 6 à 8 min. Asp. et O 2 : A IO à 3 min.	B.P.	

		I F.C.	M. 3720G.	A 7 Asp. et O2 : A IO à 5 min.	B.P.	
smie			F. 2450G.	A 7 Asp. et O 2 A 9 à 5 min. Poupp.	B.P. Hernie ombilic	
			M. 3380G.	A 4 Asp. et O 2 A 9 à 2 min.	B.P.	
			M. 3100G.	A 8 à I min. Asp. et O 2 : A IO à IO min.	B.P.	
			M. 2910G.	A 4 à I min. R. resp. metab. A 8 à 5 min. Poupponn.	B.P.	

N	AGE	P	G	T	PRESENT.	TRAVAIL	Type CESAR.	INT. ASSO.
1418	18	I	I	9	Céph.	Arrêt dil. à 7 cm Echec Pfann. et épreuve travail termin. Seg. trans. sous A.G.		Append.
1858	26	I	I	9,5	Céph.	Arrêt dil. à 4 cm Echec perf. ocyt. Echec toulousaine. Non engag. M.		

INSERTIONS BASSES DU PLACENTA

1586		3	3	6?		Pl. praevia recouvrant hémorragies, grossesse gémellaire. M.		Append.
41	26	3	3	8,25	Trans. AIGP.	Pl. central. Cés. prophyl	Seg. Trans.	

EXCES DE VOLUME FOETAL

1707	26	I	I	9,5	Céph.	Non engag. à 6 cm Echec perf. ocyt. Echec méth. toulousaine.	Seg. Trans.	Append.
599	18	I	I	9	Céph.	Non engag. à dil. compl. Echec essai ventouse sous anesthésie généra.	Seg. Trans.	
805	23	I	I	9	Céph.	Dil. Stat. à 7 cm. Non engag. Echec perf. ocyt. et anesthésie générale	Pfann. et Seg. Trans.	Append.
918	27	2	5	9	Céph.	Non engag. à dil. presque compl. malgré perf. ocyt.		

SOUFFRANCES FOETALES

1718	21	I	I	39S	Céph.	S.F. début de travail R. prém. memb. I circulaire serrée M : tachy. basale	Seg. Trans.	
440	19	I	I	9	Céph.	Dyst. cervicale Ralent. B.d.c. foetal et irrégularité,	Seg. Trans.	

PER.	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APG. REANIMAT.	SORTIE	DIVERS
			F.	A 4 A 7 à 10 m. R. res. metab. souff. cérébr.	EEG. a- normal Gardénal	
			M. 3120G.	A 8 à 1 mn. Asp. et O 2 A 10 à 2 mn.	B.P.	
			2 jumeaux masculins	Tous les 2 : Réan. Pouponn.	Décès à 12 H.	
			F. 3080G.	A 8 Asp. et O 2	B.P.	
		Dysgravidie	M. 4170G.	A 8 à 1 mn. Asp. : A 10 à 5 min.	B.P.	
mie			M. 4000G.	A 6, A 10 à 5 m.	B.P.	
			M. 3970G.	A 8 Asp. et O 2 A 9 à 5 min.	B.P.	
		3 F.C.	M. 3840G.	A 10 Hypotonie paral. faciale (amélio. rapide)	B.P.	
per- ermie			F. 3210G.	A 1 à 1 min. R. card. resp. metab. A 6 à 10 min.	B.P.	
f. n.			M. 3390G.	A 8 Asp. A 10 à 1 min.	B.P.	

N	AGE	P	G	T	PRESENT.	TRAVAIL	Type Cesar.	INT. ASSO
366	24	I	I	9	Céph.	Dil. stat. à 1 cm Liq. purée pois dès début travail. Alb : traces	Pfann. et Seg. Trans.	
I35	33	I	I	9	Céph.	Rupt. prém. memb. Anon. dil. Bradyc. foetale à près contracture utér.	Pfann. et Seg. Trans.	Append.
I550	16	I	I	9,25	Céph.	Arrêt dil. à 7 cm. pouls foetal ralenti et irrégul. en permanence	Seg. Trans.	Append.
I580	25	I	I	9	Céph.	Non engag. dil. compl. M : bradyc. foetale à 80 en fin de dil.	Seg. Trans.	
I748	19	I	I	9	Céph.	Arrêt dil. à 5 cm. non engag. perf. ocyt. Liquide se teintant - M.	Seg. Trans.	Append.
I204	25	I	I	9	Céph.	Non progress. dilat. liquide se teintant		

PROCIDENCES DU CORDON (à dilatation incomplète).

237		I	I		2 P. pelv.	GR. gémeil. procid. à 5 cm sur le 1er jumeau.	Seg. Trans.	
I573	26	I	I		Céph.	Procubitus du cordon à 3 cm.		
I245	39	7	8	8,5	Céph.	Rupt. memb. accident à 4 cm. Cés. en urgence.	Seg. Trans.	Stéril. (Pomeroy)

UTERUS ANTERIEUREMENT CESARISES

416	22	2	2	9	Céph.	Arrêt dil. à 7 cm. Non engagement	Seg. Trans.	
46I	20	2	2	9	Céph.	Arrêt dil. à 4 cm, puis à 8 cm après toulousaine mais non engagement.	Seg. Trans.	Append.

OPER.	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APQ. REANIMAT.	SORTIE	DIVERS
lat. gue comac			M. 3400G.	A 5 à I min. R. resp. Métab. A 9 à IO min.	B.P.	
			M. 2800G.	Pouponn. R. resp. métab.	B.P.	
		Prise de poids I7 Kgs	M. 3690G.	A 3 à I min. Asp. et O 2 A 9 à 5 min.	B.P.	
			F. 39IOG.	A IO Asp. et O 2	B.P.	
per- armie			F. 2400G.	A 3 Asp. et O 2 A IO à IO min. Poup.	B.P.	
			M. 2830G.	A 7 à I min. Asp. et O 2, A IO à IO min.	B.P.	
			F. 3I60G. M. 3440G.	R. resp. Métab. A IO	B.P. B.P.	
		Prise de poids I8 Kgs	M.	A I Réa. resp. métab. A 8 à 5m. Pouponn.	B.P.	
		Dysgravidie	M. 3445G.	A IO	B.P.	
	CI: Dyst. dynam.		M. 3520G.	A 7 Aspir : A IO à 3 min.	B.P.	
	CI. Dyst. dynam.		M. 3340G.	A 7 Asp. et O 2 A IO à 5 min.	B.P.	

N°	AGE	P	G	T	PRESENT,	TRAVAIL	TYPE CESAR.	INT. ASSO
I3I	29	3	3	9		Dil. stat. à 2 cm. Liq. teinté.	Seg. Trans.	Stéril. (Irwing)
I195	35	6	6	8,75	Céph. ODP	Arrêt dil. à 6 cm Cés. itérative.	Seg. Trans.	Stéril.
I435	23	2	2	9		Arrêt dil. à 6 cm Non engagé.	Seg. Trans	
I861	23	2	2	9	Céph.	Arrêt dil. à 5 cm. Bassin limite	Seg. Trans.	
70	32	3	3	9	Céph.	Cés. Prophylact.	Seg. Trans.	Stéril.
I092	24	4	4	8,5		Cés. Prophylact.		Stéril. (Irwing)
853	39	5	5	8,5		Cés. Prophylact.	Seg. Trans.	Stéril. (Irwing)
865	32	3	3	8,5		Cés. Prophylact.	Seg. Trans.	Stéril. (Irwing) Append.
I317	34	4	6		Céph.	Cés. itérative en début de travail	Seg. Trans.	Stéril. (Pomero)
I907	35	3	4	9		Cés. Prophylact.		Stéril.
I951	22	3	3	8		Cés. Prophylact.	Seg. Trans.	Stéril. (Irwing)
I4	21	2	2			Cés. itérative		
429	25	2	2	?	Céph.	Pas de dil. Enfant décédé (souff. foetale récente)	Seg. Trans.	
I475	33	2	3	8,5		Cés. Prophyl.		
955	31	2	2	9,3		Grossesse présumée prolong. Amniosc. : liquide se teignant.	Seg. Trans. en urgence	
I088	26	2	2	9		HTA, Gravidig. récidiv. Echec trait. médic.	Seg. Trans.	

PER.	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APG. REANIMAT.	SORTIE	DIVERS
	CI: état psychique	I F.C. et tr. psychiques	F. 3700G.	A I Réan. en pou- pon. A 9 à 15 m.	B.P.	
	CI: prés. dystociq.		F. 3760G.	A IO	B.P.	
	CI: pla. praevia		M. 3360G.	A 3 à I min. Asp. et O 2 A IO à 3M	B.P.	
trié	CI: dispro. foeto-pel.	épilepsie	M. 4100G.	A IO à I min.	B.P.	
	CI - C2 : au Portu- gal.		M. 3360G.	A IO	B.P.	
	CI: non eng C2=C3 proph		F. 2640G.	A 6 Asp. et O2 A IO à 5 min.	B.P.	
	CI-C2 B. étroit C3: proph.		F.	A I R. resp. métab. A 7 à 15 min. Poup	B.P.	
	CI-C2: au- gustie pelvienne		F. 3620G.	A IO	B.P.	
		2 F.C.	M. 3600G.	A IO	B.P.	
	CI: P. praev C2: térat.	T F.C.	F. 2730G.	A 3 à I min. Réan. A 8 à 10M.	B.P.	
	CI - C2 B. rétréci		F. 3030G.	A 7 à I min. A IO à 3 min.	B.P.	
	CI : utér. ultra-cica.		F. 2910G.	A IO	B.P.	
	CI : Pres. transv.		M. 4060G.	Mort-né (aucune cause retrouvée)		
	CI: B. limite	I F.C. (perforation)	M. 3580G.	A IO	B.P.	
	CI: dyst. dynam. ?		M. 4000G.	A IO	B.P.	
	CI: éclamp convuls.		M. 3590G.	A I Réan. A 2 à 5 min. Poup.	Un peu hypoton.	

N°	AGE	P	G	T	PRESENT.	TRAVAIL	TYPE CESAR.	INT. ASSO
I394	33	2	2	9	Céph.	Procubitus du cordon à 2 cm.	Seg. Trans.	
447	33	9	9	7		DPPNI - Choc brutal	Seg. Vert.	Stéril.
114	37	4	4	9,5		Col utér. cicatriciel. (KmnO4) dans but abort.	Seg. Trans.	Stéril.

DECOLLEMENT PREMATURE DU PLACENTA NORMALEMENT INSERE

I255	37	5?		5		Hémorr. utér. et héma- témèse (2 L.)	Seg. Trans.	Stéril. (Pomeroy)
------	----	----	--	---	--	---	-------------	----------------------

ECLAMPSIE

904	22	I	I	9		Convulsions. Perf. o- cyt. et Viadril. Arrêt dil. à 2 cm. Non engag.	Seg. Trans.	
I590	36	I	I	7,75		Convulsions. Monitoring.		
I654	I8	I	I	8,5		Convulsions. Souff. foe- tale. M : Smooth baseline. Echec Viadril DLP. Non en travail	Seg. Trans.	

TOXEMIE

I52	26	I	I	8		Amniosc.: appar. souff. Pfann. et foetale, chute oestriol Echec déclench. travail	Seg. trans.	
I373	22	I	I	8,5	Céph.	HTA. Alb., oed. dil. stat à 5 cm. Non engag. DLP perf. ocyt.	Seg. Trans.	
I70I	22	I	I	9,3		Arrêt dil. à 5 cm. Non engag. Liq. méconial. HTA. Alb.	Seg. Trans.	

OPER	CES. ANTER.	AUTRES ANTEC.	ENFANT	APG. REANIMAT.	SORTIE	DIVER
	CI: B. limite CI: DPPNI puis 2 VB.	I M. 44 Lux. cong. hanche	F. 2875G. M. 4260G.	A 4 Asp. et 0 2 A 9 à 3 min. A IO	B.P. Mort- né. B.P.	
		Cirrhose	M. 280G.		Mort- né.	
		TA. 15/10 Alb.	F. 3100G. M. 1800G.	Réan. resp. A 7 à 10 min. A IO à 15 min. A IO Pouponn.	B.P. B.P.	
		HTA, Alb. oed. M. I.	F. 3100G.	A IO	B.P.	
		Alb. oed. M. I.	F. 2300G.	A I R. resp. mét. Pouponn.	B.P.	
		Prise de poids 14 Kgs	M. 3540G.	A IO	B.P.	
			M. 2880G.	A 4 R. resp. mét. A 6 à 8 min. Pouponn.	B.P.	

GROSSESSE PRESUMEE PROLONGEE :

N° I57 - 22 ans - I pare, I geste, à 44 sem. prés.céph.
Liquide se teintant à l'amnioscopie. Cés. seg.transv.
F.3940g. A IO à 5 min. - sort B.P.

N° II27 - I9 ans - I pare, I geste, à 9 m et IO j., prés.céph.
Liquide se teintant à l'amnioscopie. Histo. : S. régress.placentaire.
M. 2840G. - A IO - Sort B.P.

CARDIOPATHIES :

N° 770 - I9 ans - I pare, I geste, à 8 m. et demi. Cés.prophyl.
pour Ins.mitrale sévère.
F. 36IOG. - A IO - Sort B.P.

N° I776 - 2I ans - I pare, 2 gestes, à 8,5 mois. Cés.prophyl.pour
OIV.
M.3440G. - A IO - Petit souffle systolique.

CANCER :

N° I669 ter - 4I ans - Hodgkin et cancer du sein. Interruption
grossesse à la fin du 5ème mois. Stérilisation. Mort-né - M. 860G.

HYDROCEPHALIE :

N° 23 - 2I ans - I pare, 2 gestes, à terme.
Enfant mort-né. M. 3600G.

~ ~ ~ ~ ~

ETUDE DES OBSERVATIONS
ET DISCUSSION DES RESULTATS

~ ~ ~ ~ ~

1ère Partie

LES INDICATIONS DE LA CESARIENNE

I - DYSTOCIES MECANIQUES :

Elles représentent la cause la plus fréquente de la première césarienne.

A) Bassins rétrécis :

C'est le cas lorsque la pelvimétrie clinique révèle un diamètre promonto-sous-pubien inférieur à 9 cm 5, ou un diamètre promonto-rétro-pubien inférieur à 8 cm 5, et à fortiori en cas de bassin canaliculé ou de bassin à forte asymétrie. Le plus souvent, il s'agit de bassins généralement rétrécis.

L'aide apportée par la radiopelvimétrie à l'étude des dystocies osseuses est indispensable pour la détermination chiffrée des diamètres obstétricaux et pour une appréciation plus précise de la morphologie de la cavité pelvienne.

Lorsque la somme du diamètre promonto-pubien et du diamètre transverse médian est inférieure à 20 cm (ou indice du détroit supérieur, ou indice de Magnin inférieur à 20), lorsque le diamètre bisciatique est inférieur à 8 cm 5, lorsque le diamètre bi-ischiatique est inférieur à 7 cm, on peut parler de bassin chirurgical, et une césarienne prophylactique est à prévoir.

La césarienne s'impose d'emblée car le bassin représente un obstacle infranchissable pour un fœtus normalement constitué et à terme :

- soit avant le début du travail, et on intervient sur une femme bien préparée,
- soit en début de travail : l'enfant sera moins prématuré, le segment inférieur bien formé et la cicatrice d'hystérectomie de meilleure qualité.

B) Bassins "limites" :

La décision de faire une césarienne est prise après l'échec de l'épreuve du travail -sur une présentation du sommet bien entendu- . Ici aussi, l'examen radiopelvimétrique a toute sa valeur dans l'appréciation de la conduite à tenir obstétricale. La décision d'opérer se fonde sur les données des examens successifs appréciant la progression de la tête, son engagement ou sa stagnation, et sur les résultats de l'enregistrement cardiotocographique, lequel, par un dispositif électronique, inscrit le rythme cardiaque fœtal sur une courbe en même temps que les contractions utérines.

Il faut se méfier des faux engagements (bosse séro-sanguine).

Les médicaments ocytociques employés ne doivent jamais entraîner l'accouchement de force. Une fois la poche des eaux rompues, l'épreuve de travail ne doit pas excéder cinq heures, sous peine de voir apparaître une souffrance fœtale, et transformer une césarienne pour bassin "limite" en césarienne de sauvetage.

Mais il ne faut pas non plus intervenir trop tôt et inutilement.

L'épreuve du travail permet d'inciser l'utérus au niveau d'un segment inférieur mieux formé et plus mince.

Il ressort de nos statistiques que le nombre des indications pour bassins rétrécis est en augmentation.

~ 7 % des césariennes en 1968,

~ 13,2 % en 1971,

Il n'existe aucun cas de rétrécissement asymétrique mentionné dans nos dossiers. La classification des rétrécissements pelviens symétriques répertoriés s'établit comme suit :

~ au niveau du détroit supérieur :

- , bassin aplati : diminution du diamètre antéro-postérieur,
- , bassin transversalement rétréci : diminution du diamètre transverse médian,
- , bassin généralement rétréci : diminution de tous les diamètres dans la même proportion,

~ au niveau du détroit moyen,

~ enfin, il existe un certain nombre de bassins "chirurgicaux", sans autre commentaire, et des bassins limites.

Au total, on relève 23 observations de bassins rétrécis (bassins très rétrécis plus bassins limites) :

- ~ 30,5 % de bassins généralement rétrécis,
- ~ 26 % de bassins aplatis,
- ~ 8,7 % de bassins transversalement rétrécis,
- ~ 4,1 % de viciations symétriques du détroit moyen.

enfin,

~ 8,7 % de bassins "chirurgicaux",

et

~ 22 % de bassins limites.

I) Les bassins généralement rétrécis :

2 cas pour la période 1968-1969,

5 cas pour la période 1970-1971.

Dans cette variété, tous les diamètres du bassin sont diminués dans les mêmes proportions. La forme du bassin reste normale. Le mécanisme de l'accouchement est le même que dans un accouchement normal, mais tous les phénomènes y sont exagérés. Au-delà de certaines limites, tout accouchement spontané devient impossible.

Dans nos observations, il s'agit dans tous les cas, sauf un, de primipares (âgées en moyenne de 28 ans, pour la période 1968-1969; et de 22,8 ans pour la période 1970-1971), à terme ou très proche du terme, en présentation céphalique. Une tentative d'épreuve du travail a été effectuée.

Pour les enfants, aucun problème majeur de réanimation à la naissance.

2) Les bassins aplatis :

2 cas pour la période 1968-1969,

4 cas pour la période 1970-1971.

Il s'agit dans tous les cas de primipares, à terme, en présentation céphalique, sauf une fois (siège décomplété S.I.G.A.).

Sur les 6 cas étudiés, 1 épreuve de travail pour la période 1968-1969, 2 épreuves pour la période 1970-1971.

3) Les bassins transversalement rétrécis :

Aucun cas relevé dans les années 1968-1969, 2 cas pour la période 1970-1971 : primipares, l'une en présentation céphalique, l'autre avec une présentation pelvienne décomplétée S.I.G.A.

4) Viciation symétrique du détroit moyen .

C'est le cas d'une observation de 1970, comportant un pincement de l'excavation au niveau des épines sciatiques.

5) Enfin, les bassins limites (22 % des bassins rétrécis) :

Il s'agit toujours de primipares, à terme, âgées en moyenne de 24 ans pour les années 1968-1969, de 20 ans pour la période 1970-1971.

C) Présentations dystociques :

Elles sont responsables pour une bonne part de la forte augmentation des indications de césariennes pour dystocies mécaniques :

- 36,3% des césariennes en 1971, contre
- 20,9% en 1968.

En 1971, les présentations dystociques représentent à elles seules la 1ère indication de toutes les césariennes réalisées avec 24,1 % des indications.

I) Présentations transversales (ou de l'épaule) :

La césarienne est formelle chez la primipare, fréquente chez la multipare, où les conditions de version podalique par manoeuvre interne et de grande extraction sont rarement réunies : car la femme est rarement arrivée à dilatation complète avec une poche des eaux intacte et un enfant vivant.

Le fœtus est orienté obliquement et une épaule se présente au détroit supérieur, ce qui est incompatible avec la naissance d'un enfant normal. Ce défaut d'acomodation favorise la rupture prématurée des membranes et la procidence du cordon.

Laissée à elle-même, cette présentation deviendrait "une épaule négligée" avec pour conséquence inéluctable, la rupture utérine pour la mère, l'infection, l'anoxie et la mort pour le fœtus.

Il faut donc absolument intervenir.

Chez la primipare, il faut se méfier d'une présentation symptomatique (tumeur proevia, malformation utérine, par exemple). De toute façon la césarienne est indiquée.

Chez la multipare, il s'agit souvent d'une présentation accidentelle, que l'on peut tenter de corriger vers la fin de la grossesse par une "version". Au cours du travail avec un enfant vivant, on choisit entre la césarienne et l'extraction par voie basse après version par manoeuvre interne.

Etant donné la relative rareté de cette présentation, l'indication de césarienne pour présentation de l'épaule est aussi peu fréquente que celle de la présentation de la face, 1,1 % en 1971.

Il s'agit toujours dans nos cas de multipares .

- = 1 P. de l'épaule sur 1er jumeau avec poche des eaux rompue, en 1968,
- = 2 cas en 1969, dont 1 après échec de tentative de version interne,
- = 1 cas en 1970, avec hydramnios, après échec de version interne,
- = 1 cas en 1971, à presque 8 mois.

2) Présentation du front :

Elle constitue une autre cause assez rare de césarienne (2,2 % en 1971). Le diagnostic de présentation de front entraîne ipso-facto l'indication d'intervenir par voie haute.

Parmi les 4 recensés, il s'agit 3 fois de primipares et 1 fois d'une grande multipare (neuvième pare) ayant un excès de liquide.

- = 3 fois sur 4, l'enfant n'a pas eu besoin d'être réanimé à la naissance,
- = 1 fois, l'enfant a dû recevoir une brève "assistance" respiratoire et être transféré à la Pouponnière en raison de son petit poids,

3) Présentation de la face :

(1,1 % des indications de césariennes en 1971).

A priori, ce type de présentation ne mène pas obligatoirement à la voie haute, surtout lorsque la rotation du menton en avant des mento-postérieures s'effectue correctement et rapidement.

En fait, dans ces cas, la solution chirurgicale est la plus sage. Et si une viciation pelvienne se surajoute ou que l'épreuve du travail n'est pas concluante, mieux vaut recourir à la césarienne.

Les 2 dossiers de présentations de la face césariées sont :

- ~ I face négligée, arrivant enclavée dans le service, avec des signes de prérapture utérine.
- ~ I face en mento-iliaque droite transverse qui ne tourne pas, suivie sous cardiocytographe, et terminée par une césarienne sans problème pour la mère et pour l'enfant (Apgar IO à 5 minutes).

4) Présentation pelvienne :

Elle constitue le plus fort contingent des indications de césariennes pour les dystocies mécaniques, et, après les césariennes pour utérus cicatriciels et bassins rétrécis, représente la 3ème cause de césariennes en pourcentage (9,9 % pour I97I). C'est que dans ce type de présentation, le pronostic foetal est moins bon que dans les "sommets". Au moindre accroc, à la moindre condition défavorable = dystocie osseuse si discrète soit-elle, ou dystocie dynamique, primipare âgée, etc., = la césarienne est indiquée.

La variété du siège décomplété mode des fesses est beaucoup plus fréquente que la variété du siège complet, surtout chez la primipare.

Pour la période de I968 à I97I, nous avons retrouvé I4 dossiers de césariennes pour présentation pelvienne :

- ~ IO sont des sièges décomplétés, dont près des trois quarts chez des primipares.
- ~ 2 sont des sièges complets, toutes primipares.
- ~ 2 de variétés non précisées, et primipares.

Dans II cas (78,6 %), la césariée est une primipare.

Pour la période I968-I969, il ne s'agit que de primipares (4 cas) ayant dans 2 cas un enfant pesant 3900G. Une fois l'indication fut posée pour relèvement des bras.

Pour la période I970-I97I, on trouve IO cas dont 3 de multipares. Parmi ces 3 femmes, 2 avaient 40 ans

ou plus, la 3ème eut un enfant de plus de 3900 G. Une seule fois, la décision d'opérer fut prise avant le travail pour une primipare chez qui on avait de bonnes raisons de se méfier d'une possible disproportion foeto-pelvienne, ce que la suite confirma. Cette césarienne prophylactique permit d'extraire l'enfant qui ne posa aucun problème de réanimation.

Dans tous les autres cas, la décision d'opérer fut prise en cours de travail.

Au cours du travail et pendant la période de dilatation, le plus sage est d'attendre. Mais la dilatation peut se faire mal, en raison d'une mauvaise dynamique utérine. Ce qui fut le cas, 3 fois sur 4 pour la période 1968-1969. Se pose alors le problème de l'opportunité théoriquement logique, mais assez risquée, de la perfusion ocytocique. Dans 2 dossiers, cette perfusion fut posée chez 2 primipares dont l'une eut un enfant de plus de 4 Kg apparemment sans encombre.

En 1970-1971, dans les mêmes conditions (primiparité, dystocie dynamique), les ocytociques ne furent pas employés, et la césarienne fut décidée.

Lors de l'expulsion, par contre, c'est-à-dire à dilatation complète (1 seul cas pour la période 1970-1971), la perfusion ocytocique est justifiée pour "pousser" l'enfant hors de l'utérus. Elle fut appliquée chez une multipare.

Mais le non-engagement du siège, des signes de souffrance foetale firent opter pour la césarienne, laquelle retira un enfant de 3930 G. qui dut être réanimé. Notons d'ailleurs, et toujours dans le cadre des présentations pelviennes, en ce qui concerne les enfants, si l'on met à part le cas de l'enfant né sans problème par césarienne prophylactique, que seulement un peu plus de 10 % des enfants naquirent avec un score d'Apgar à 10, et que 50 % requerront une réanimation lourde.

5) Présentation du bregma :

(4,4 % des indications en 1971).

La grande fontanelle se trouve au centre de la présentation, dont le repère est le front. La tête est en position intermédiaire. Sont classées dans cette rubrique, les femmes césarisées dont on n'a pas retrouvé de viciation pelvienne, en quelque sorte, présentations bregmatiques pures.

Le travail est laborieux du fait des dimensions occipito-frontales, obligeant la tête à se modeler fortement.

Au début du travail, il n'est pas toujours facile de faire avec certitude le diagnostic de présentation du bregma, laquelle peut encore se fléchir et se transformer ainsi en "sommet". La meilleure solution, en cas de suspicion de présentation bregmatique ou de non certitude d'un sommet bien fléchi, en début de travail, semble donc une épreuve du travail extrêmement attentive et prudente.

En 1968, il y eut 2 césariennes pour présentation bregmatique. Dans les 2 cas, une perfusion ocytocique à 6 cm, une épreuve toulousaine à "grande paume", n'ont pu faire avancer d'un pouce le travail. Les 2 enfants pesaient plus de 4100 G.

En 1970-1971 de même, l'épreuve du travail terminée sous anesthésie générale échoua dans 4 cas.

Sur l'ensemble de ces dossiers, 71 % des enfants naissent avec un poids supérieur à 3500 G.; et plus de la moitié avec un poids supérieur à 3700 G.

6) Présentation en occipito-supérieure :

(4,4 % des indications en 1971)

Il s'agit de présentations du sommet dont l'occiput ne tourne pas en avant au cours de la descente dans l'excavation.

Là commencent les difficultés, car le travail a tendance à se prolonger (présentation habituellement mal fléchie).

Pour la période 1968-1969, aucun dossier ne mentionne que la césarienne est due à cette variété de présentation. Peut être que dans les cas où la progression se faisait mal, préférait-on le forceps pour terminer l'accouchement.

Pour la période 1970-1971, la césarienne est décidée du fait de l'arrêt de la dilatation ou de l'absence d'engagement de la tête à dilatation complète, après épreuve du travail, parfois terminée sous anesthésie générale.

2 - UTERUS CICATRICIELS :

Cette indication est représentée essentiellement dans nos statistiques par les utérus antérieurement césarisés. C'est donc le problème des cicatrices utérines et de la césarienne itérative.

Pas de problème si la dystocie à l'origine de la césarienne antérieure persiste : il faut faire une nouvelle césarienne.

Les discussions commencent si la dystocie qui a motivé l'intervention n'est pas permanente. Pour certains auteurs, notamment aux U.S.A., "Once a cesarean, always a cesarean"; La césarienne est donc systématique, tout en considérant que le chiffre de 3 césariennes n'est pas forcément synonyme de stérilisation. Toutefois, ils reconnaissent que les difficultés opératoires augmentent avec le nombre des césariennes et que la solidité des cicatrices semble diminuer.

Pour d'autres, il faut systématiquement tenter la voie basse.

L'attitude la plus sage semble se situer entre les deux, et surtout dépend de divers éléments de discussion où entrent notamment en compte :

- outre les données hystérographiques fournies 3 à 6 mois après la césarienne, qui peuvent montrer sur le cliché de profil une cicatrice vicieuse (hernie, volumineux spicule).

- le nombre des césariennes antérieures (après 2 césariennes, nouvelle césarienne nécessaire),
- leur type (après une césarienne corporéale, faire une césarienne itérative avant tout travail),
- leur indication (le placenta praevia fragilise le segment inférieur),
- les suites opératoires, le déroulement de la grossesse actuelle, l'état du bassin, la présentation et le volume du fœtus, le déroulement du travail.

Les ocytociques sont contre-indiqués.

Pour la période de 1968-1969, ce type d'indication occupe largement la 1ère place (35 % des césariennes en 1968),

En 1971, elle occupe avec 22 % des indications, une 2ème place qui semble solide, loin derrière les dystocies mécaniques.

Quelles sont les causes de cette régression ? :
une meilleure technique chirurgicale, une meilleure surveillance du travail, une meilleure surveillance foetale ?

En fait, il ressort de l'étude de nos dossiers, que l'on fait de moins en moins, proportionnellement au nombre de césariennes itératives, de césariennes prophylactiques :

- en 1968 : 67 % des dossiers d'utérus césarisés,
- en 1969 : 62 %,
- en 1970 : 56 %,
- en 1971 : 40 %.

Pour les autres cas, le travail chez une femme antérieurement césarisée est de courte durée (période 1968-1969); il est un peu plus long pour la période 1970-1971.

Enfin, si en 1969, une femme déjà césarisée une fois a 1 "chance" sur 3 d'être stérilisée, en 1971, pour sa 2ème césarienne donc, elle a 1 "chance" sur 5 seulement d'être stérilisée.

A la 3ème césarienne, on stérilise 1 fois sur 2 en 1968, on stérilise toujours en 1971.

Elles consistent en des anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col, anomalies, dans nos dossiers, en apparence primitives s'entend.

Les méthodes d'accouchements préparés et dirigés, les médications antispasmodiques, les ocytociques en perfusion intra-veineuse lente, l'analgésie, voire l'anesthésie générale ont notablement diminué le nombre et la fréquence des dystocies dynamiques.

Assez fréquemment, la dilatation traîne, hésite ou s'arrête, comme le montre très bien le partogramme, la présentation ne s'engage pas, et les tentatives médicamenteuses de direction du travail échouent. La césarienne s'impose alors, soit par épuisement de la mère, soit par apparition de signes de souffrance foetale. Césarienne effectuée ni trop tôt, ni trop tard, mais là encore mieux vaut pécher par excès que par défaut.

Pour la période 1968-1969, on relève qu'il s'agit toujours de primipares, à présentation céphalique. On trouve dans un cas une rupture prématurée de la poche des eaux, et dans un autre cas, des membranes intactes.

Pour la période 1970-1971, la quasi totalité des femmes sont des primipares avec une présentation céphalique. On trouve 2 cas de rupture prématurée de la poche des eaux, dont 1 avec une sacculatation de la face antérieure du segment inférieur.

Le traitement des anomalies de la dilatation et de la contraction utérine fait appel aux médicaments pour vaincre ce trouble fonctionnel, et en dernier lieu, à la césarienne.

Schématiquement, on recourt d'abord aux sédatifs d'action centrale, de type péthidine, et surtout à la perfusion veineuse d'ocytocine synthétique à doses soigneusement réglées et surveillées. En cas d'échec, si la dilatation est de l'ordre de 5 cm, on termine l'épreuve sous anesthésie générale peu profonde; cette méthode, décrite par les auteurs

toulousains et associant une perfusion veineuse d'ocytocique à l'anesthésie générale, doit vaincre la dystocie fonctionnelle en moins d'une demi-heure. L'échec conduit à la césarienne.

Grâce à ces méthodes, les indications pour dystocies dynamiques sont passées de 1968 à 1971, de 16,3 % à 7,7 %.

4 - INDICATIONS TENANT AU FOETUS ET A SES ANNEXES :

A) Insertion basse du placenta : (2,2 % des indications en 1971).

Le placenta se trouve au devant de la présentation, dans une zone dite d'insertion basse, répondant au segment inférieur.

Le placenta praevia latéral n'atteint pas l'orifice interne du col. Le placenta praevia marginal l'atteint. Le placenta praevia central recouvre en tout ou partie l'orifice.

L'indication de césarienne est absolue dans cette dernière variété.

Au cours de la grossesse, on doit temporiser au maximum grâce au traitement médical (transfusion sanguine entre autres) pour ne pas extraire un foetus trop prématuré, tout en sachant les risques que les hémorragies entraînent pour la mère et l'enfant, par leur abondance ou par leur répétition. En cas d'échec du traitement médical ou d'urgence, il faut faire une césarienne.

Au cours du travail, il faut encore recourir à la césarienne si la dilacération artificielle des membranes, quand elle est possible, n'arrête pas aussitôt les hémorragies.

Seuls figurent les placenta-praevia de type central pour la période 1968-1969; en 1970-1971, toutes les variétés sont représentées.

Il s'agit de multipares pour la presque totalité des cas.

- Mortalité foetale pour 1968-1969 : 70 %

- Mortalité foetale pour 1970-1971 : 25 %.

L'âge moyen de l'époque de la césarienne se situe vers 7 mois un tiers en 1968-1969, vers 8 mois en 1970-1971.

Toutes les morts foetales surviennent avant le 9ème mois, et le plus souvent vers le 8ème mois.

Le type placenta praevia central représente de loin la variété la plus dangereuse.

B) La procidence du cordon : (3,3 % des indications en 1971)

N'apparaît que dans les dossiers en 1971 :

- 1 cas après une rupture accidentelle des membranes à 4 ans.

- 1 procidence à 4 cm sur un premier jumeau.

C) Souffrance foetale :

Ce type d'indication a brusquement diminué depuis 1968, du moins en temps que souffrance foetale en apparence primitive, survenant inopinément en cours de grossesse ou de travail.

En effet, la souffrance foetale ne doit plus être imprévisible.

Il faut rechercher, pour la reconnaître et la traiter, l'anomalie en cause. D'où l'intérêt actuel de la recherche des grossesses à haut risque, de la cardiotocographie, de la mesure du pH sanguin foetal, qui sont de valeur beaucoup plus objective que l'auscultation des bruits du coeur foetal ou que l'appréciation de la couleur du liquide amniotique.

Néanmoins, l'apport de la cardiotocographie n'apparaît dans nos observations qu'en 1971; avant cette année gardent leur intérêt pour apprécier une souffrance foetale en cours :

- les modifications du liquide amniotique, que l'on voit se teinter lors de l'amnioscopie ou après rupture de la poche des eaux.

les modifications des bruits du coeur foetal lors d'une auscultation régulièrement répétée,

On trouve ainsi :

- en 1968 : 7 % de césariennes pour souffrance foetale en apparence primitive,
- en 1969 : 6 %,
- en 1970 : 0 %,
- en 1971 : 1,1 %.

Césariennes pour souffrance foetale constituant l'indication principale de l'intervention .

- en 1968 : 0 %,
- en 1969 : 4,5 %,
- en 1970 : 10 %,
- en 1971 : 8,8 %.

Il est clair que la proportion de césariennes effectuées pour souffrance foetale en apparence primitive va en diminuant, tandis que celle des césariennes pour souffrance foetale constituant l'indication principale va en augmentant.

Cas où la souffrance foetale représente l'indication principale de l'intervention .

- 1969 : 1 dystocie dynamique
1 dystocie dynamique associée à un excès de volume foetal.
- 1970 : 1 présentation pelvienne,
5 dystocies dynamiques, dont 4 associées à un excès de volume foetal.
- 1971 : 7 dystocies dynamiques, dont 3 associées à un excès de volume foetal et 1 à une dysgravide.

D) L'excès de volume foetal : (4,4 % des indications en 1971)

est surtout responsable de dystocie des épaules, mais une disproportion foeto-pelvienne peut empêcher l'engagement et imposer la césarienne (en principe, l'hydrocéphalie ne constitue pas une indication à la césarienne;

on pratique une perforation du crâne et l'enfant est expulsé par voie basse),

Il n'existe aucune différence significative entre les dossiers de 1968 et de 1971; le poids des enfants va de 3640 G. à 5520 G. A l'exception du cas d'une multipare accouchant en 1969 d'un enfant de 5520 G. par césarienne pour non engagement à dilatation complète malgré une épreuve toulousaine I, il s'agit toujours de primipares.

E) Enfant précieux :

C'est le cas des enfants arrivant chez des primipares âgées de plus de 35 ans, ou ayant eu des antécédents d'avortements à répétition, ou bien après un long traitement de stérilité, ou encore chez des femmes ayant présenté des accidents obstétricaux avec morts foetales. C'est cette dernière éventualité que l'on trouve pour l'une de nos césariées.

5 - INDICATIONS TENANT A L'ETAT DES VOIES GENITALES :

Elles sont représentées essentiellement par 2 césariennes prophylactiques pour des périnés opérés.

En 1970, une multipare fut admise dans le service pour rupture utérine à dilatation complète et non engagement, entraînant l'extraction d'un enfant mort-né de 4520 G. et l'hystérectomie.

6 - MALADIES EN RAPPORT AVEC LA GROSSESSE :

A) Grossesses présumées prolongées :

Diagnostic ardu, mais qui repose quand il est suspecté sur un certain nombre de critères :

- recherche régulière de signes de régression placentaire sur les frottis vaginaux.

- ≈ dosage de l'oestriolurie renseignant directement sur la vitalité du fœtus,
- ≈ amnioscopie surtout (présence ou absence de liquide amniosique et sa couleur, présence ou non de flocons de vernix),

La césarienne est indiquée toutes les fois que les circonstances obstétricales sont défavorables ou si la tentative de déclenchement échoue, en particulier chez les primipares.

Dans nos statistiques, la fréquence de ce type d'indications à la césarienne est faible (2,2 % en 1971).

Il s'agit de primipares, entre 9 mois un tiers et 9 mois et demi.

B) Iso-immunisation Rhésus :

Cette indication est en voie de diminution, Aucun cas de césarienne en 1971.

On intervient sans attendre quand on craint pour l'enfant, si un déclenchement ne semble pas favorable sur le plan obstétrical ou s'il a échoué, ou s'il s'agit d'une forme gravissime.

La fréquence générale de cette maladie est peut être en train de diminuer. La détermination du groupe sanguin et du facteur Rhésus est obligatoire chez la femme enceinte, de même que la surveillance des femmes immunisées.

L'hétéro-hémothérapie, les transfusions sont proscrites chez la femme Rhésus négatif autrement qu'avec du sang compatible.

Enfin, l'injection de gamma-globulines anti-D, 72 heures après la naissance, aux femmes Rhésus négatif venant d'avoir un enfant Rhésus positif, doit encore diminuer le nombre des iso-immunisations Rhésus.

C) Décollement prématuré du placenta normalement inséré
(D.P.P.N.I. : (I,I % des indications en 1971).

Il s'agit le plus souvent d'une opération de sauvetage maternel. La césarienne empêche l'apparition de complications graves pour la mère (choc hémorragique, anurie) et permet de vérifier l'état de l'utérus et des organes proches. L'enfant meurt le plus souvent dès le début du syndrome clinique.

Il n'existe aucune différence significative entre les années 1968-1969 et 1970-1971 : la mortalité foetale est de 100 %.

D) Toxémie gravidique : (3,3 % des indications en 1971)

On césarise en cas d'échec du traitement médical associé au régime, et devant l'apparition de signes prééclampsiques ou de signes de souffrance foetale (par exemple, à l'amnioscopie).

L'enfant est très menacé dans les 2 dernières semaines de la grossesse, et dans nos observations, l'âge moyen de la césarienne se situe vers 8 mois et demi.

Il n'y eut aucun problème pour les enfants à la naissance.

E) Eclampsie :

Comme pour la toxémie, il n'existe pas de grosses différences entre 1968 et 1971 pour l'éclampsie convulsive, bien qu'il y ait quand même une petite augmentation du nombre des césariennes pour ce type d'indications (3,3 % en 1971).

Il s'agit chaque fois de césariennes chez une primipare permettant d'extraire un enfant vivant, sauf dans un cas où l'enfant né au terme de 7 mois est décédé.

7 - MALADIES ASSOCIEES A LA GROSSESSE :

Elles forment un contingent d'indications assez épar-
sez, de faible fréquence, en premier rang desquelles,
sur l'ensemble de la période 1968 à 1971, arrive le diabète.

A) Le diabète :

La césarienne prophylactique est la meilleure
solution pour prévenir la mort foetale, difficilement prévi-
sible mais toujours menaçante dans les dernières semaines de
la grossesse, et pour faire échapper l'enfant fragile au trau-
matisme obstétrical.

La césarienne prévue à l'avance, s'effectue
dans de bonnes conditions, puisque l'obstétricien peut se
faire entourer du diabétologue, du pédiatre et d'un réanima-
teur.

Ainsi, dans nos observations, n'y eut-il ni
problème pour la mère, ni problème pour l'enfant.

B) Cardiopathies :

3 femmes en tout subirent une césarienne pro-
phylactique pour cardiopathie :

- I péricardite constrictive opérée,
- I insuffisance mitrale sévère,
- I communication interventriculaire.

C) Autres indications :

On trouve enfin :

- I césarienne pour hypertension artérielle préexistante à
la grossesse,
- I césarienne pour hémopathie maligne (Hodgkin) associée à
un cancer du sein.

TABLEAU DES INDICATIONS EN POURCENTAGE DES CAS ETUDIES

	1968	1969	1970	1971
A) <u>DYSTOCIES MECANIQUES</u>				
B.rétrécis	7	9	6,65	13,2
P.transversales	2,32	4,5	1,67	1,1
P.front	2,32	0	1,67	2,2
P.face	0	0	1,67	1,1
P.bregma	4,65	0	1,67	4,4
P.occip.post.	0	0	8,33	4,4
P.pelviennes	4,65	4,5	1,67	9,9
B) <u>UTERUS CICATRICIELS</u>				
Cés.itératives	35	29	15	21,9
Autres cicat.utér.	0	0	0	1,1
C) <u>DYSTOCIES DYNAMIQUES</u>	16,3	9	10	7,7
D) <u>IND. FOETUS ANNEX.</u>				
Scufir.foetale				
- "primitive"	7	6,66	0	1,1
- ind.principale	0	4,50	10	7,7
Insert.basse plac.	9,3	6,66	10	2,2
Procid. cordon	0	0	0	3,3
Excès volume foetal	4,65	6,66	10	4,4
Enfant précieux	0	2,23	0	0

TABLEAU DES INDICATIONS EN POURCENTAGE (suite)

=====

	1968	1969	1970	1971
<u>IND. VOIES GENIT.</u>				
Périnées opérés	2,32	2,23	0	0
Rupture utérine	0	0	1,67	0
 <u>MALADIES EN RAPPORT AVEC LA GROSSESSE</u>				
Gross. prés. prol.	0	2,23	0	2,2
Immun. Rhésus	0	2,23	1,67	0
D. P. P. N. I.	0	4,5	3,34	1,1
Toxémie	0	4,5	3,34	3,3
Eclampsie	2,32	0	3,34	3,3
 <u>MALADIES ASSOCIEES A LA GROSSESSE</u>				
Cardiopathies	2,32	0	0	2,2
Diabète	0	2,23	5	0
H. T. A. essent. préex.	0	0	1,67	0
Hémop. maligne	0	0	0	1,1

Tableau I
CLASSEMENT DES CESARIENNES PAR GROUPES D'INDICATIONS (en %)
=====

1968		1969		1970		1971	
Cés. itérat.	35					Dyst. mécan.	36,3
		Cés. itérat.	29	Foetus annexes	30		
Foetus annexes	20,95	Foetus annexes	26,71				
Dyst. mécan.	20,94			Dyst. mécan.	23,3	Cés. itérat.	23
						Foetus annexes	18,7
Dyst. mécan.	16,3	Dyst. mécan.	18				
				Cés. itérat.	15		
		Mal. dues grossesse	13,5				
				Mal. dues grossesse	11,7		
				Dyst. dynam.	11,67	Mal. dues grossesse	9,9
		Dyst. dynam.	9			Dyst. dynam.	7,7
				Mal. assoc. grossesse	6,77	Mal. assoc. grossesse	3,3
Voies génit.	2,32						
Mal. dues grossesse	2,32						
Mal. assoc. grossesse	2,32	Voies génit.	2,23				
		Mal. assoc. grossesse	2,23				

2ème Partie

VUE D'ENSEMBLE DES INDICATIONS POUR LA PERIODE 1968 à 1971

L'observation de l'ensemble des indications des césariennes de 1968 à 1971 permet de faire quelques commentaires (cf. tableau I)

En 1968, il apparaît clairement 2 "pelotons" d'indications bien séparés, largement précédés par une indication "échappée". De 1968 à 1971, on observe un égrainement de l'ensemble des indications, qui se fragmente en petits groupes, ici encore largement précédés par une indication.

~ Les césariennes itératives arrivent largement en tête des indications en 1968 (14 points d'avance sur les secondes). Cette indication reste encore en tête en 1968. En 1970, elle disparaît des premières places, mais occupe quand même en 1971 une bonne deuxième place.

~ Les dystocies mécaniques se situent en 1968 dans le premier groupe d'indications, mais loin derrière les césariennes itératives, puis remontent progressivement de 1969 à 1971, année au cours de laquelle elle arrive largement en tête (plus de 13 points d'avance sur les césariennes itératives). Cette progression semble directement en rapport avec l'augmentation du nombre des césariennes pour présentations dystociques (présentations pelviennes, présentations occipito-postérieures). On a en quelque sorte la césarienne plus "facile" avec ce type de présentations.

~ DYSTOCIES MECANIQUES.

Cette indication ne cesse pratiquement de décroître sur l'ensemble des 4 années, passant de 16,3 % en 1968 à 7,7 % des césariennes en 1971. Les diverses techniques de préparation à l'accouchement et d'accouchements dirigés, amènent une régression de la fréquence de cette indication.

-Les interventions tenant au foetus et à ses annexes constituent un groupe important d'indications (18,7 % en 1971), du fait notamment du meilleur dépistage des souffrances fœtales et d'une proportion notable d'excès de volume fœtal.

-Maladies en rapport avec la grossesse

La fréquence de cette indication diminue depuis 1969,

-diminution des interventions pour les maladies de la fin de la grossesse, quasi disparition des indications pour iso-immunisation Rhésus.

-Maladies associées à la grossesse, formant un groupe d'indications assez rares, mais pratiquement incompressibles : il y aura toujours des diabétiques courageuses voulant avoir plusieurs enfants, des cardiaques, etc.....).

L'étude des données précédentes permet-elle de formuler des pronostics pour les années à venir ?

Les statistiques recueillies après les années 1972 et suivantes devraient accentuer les courants observés de 1968 à 1971, et fixer clairement les positions :

- les indications pour dystocies mécaniques devraient encore augmenter et se situer aux alentours de 45 %.

- les dystocies dynamiques devraient logiquement encore diminuer, vers 4,5 %, les indications pour maladies en rapport avec la grossesse vers 6,7 %, et celles tenant au foetus ou à ses annexes devraient osciller entre 15 et 18 %.

- enfin, les indications tenant aux maladies associées à la grossesse autour de 3 %, et autres indications 1 %.

- restent les césariennes itératives. Appa-
remment le problème est beaucoup plus complexe étant donné le ca-
ractère d'espèce de chaque cas de femmes antérieurement césarisées.
Néanmoins, il ne fait pas de doute que cette indication gardera sa
2ème place actuelle (20 à 25 % des césariennes).

PRONOSTICS FOETAL ET MATERNEL

I - PRONOSTIC FOETAL :

Si l'on étudie le devenir des enfants nés par césariennes dans la période néo-natale, on remarque que la proportion d'enfants réanimés à la naissance est de 40 % en 1968, 32,6 % en 1969, 46,6 % en 1970 et enfin 65,6 % en 1971, la réanimation allant de la simple désobstruction des voies aériennes supérieures aux moyens dits "lourds" (intubation endotrachéale, réanimation cardiaque, réanimation métabolique par cathétérisme des vaisseaux ombilicaux) et pouvant motiver le transfert du bébé dans le service de soins néo-nataux intensifs.

La fréquence de la réanimation est donc notable et n'a fait que croître (2 enfants sur 3 en 1971).

Il ressort de nos dossiers que cette augmentation va de pair avec une conception de plus en plus moderne de la réanimation : manoeuvres rodées, bien systématisées, chronométrées, notées (score d'Apgar) et exécutées par une équipe; la plupart du temps, la réanimation est aisée.

L'intervention de la réanimation lourde est surtout nécessaire en cas de placenta praevia, de souffrance foetale aigüe en apparence primitive, de procidence du cordon, de D.P.P.N.I., d'éclampsie et de présentations pelviennes.

La proportion d'enfants bien portants à l'examen de sortie effectué par le pédiatre est de :

75 % en 1968, 72 % en 1969, 75 % en 1970 et enfin 90 % en 1971.

Enfin la mortalité foetale dans nos observations de césariennes passe de

15,6 % en 1968, 13,1 % en 1969, 11,6 % en 1970 à 7,5 % en 1971.

On relève en 1968 :

- ~ 2 décès en rapport avec I anomalie de la dilatation dont le travail s'est trop prolongé, aux termes de 9 mois, et avec des enfants pesant 3250 et 3420G.
- ~ I en rapport avec une présentation pelvienne chez une femme antérieurement césarisée pour dystocie dynamique (enfant à terme pesant 3150G.),
- ~ I en rapport avec une présentation transversale à 8 mois et demi (enfant de 2300G.), chez une grande multipare, dysgravidique, antérieurement césarisée pour procubitus du cordon.
- ~ 2 en rapport avec un placenta praevia, saignant abondamment, aux termes de 6 et 8 mois (enfant de 1120 et 3930G.).
- ~ I en rapport avec une iso-immunisation Rhésus à 7 mois et demi, (enfant de 1150G.).

En 1969 :

- ~ I décès en rapport avec une iso-immunisation Rhésus, à 8 mois (mort-né de 3220G.).
- ~ 3 en rapport avec un placenta praevia très hémorragique aux termes de 7 mois (1980G.), 7 mois et demi (2400G.) et 7 mois 3/4 (? G.).
- ~ 2 en rapport avec un décollement prématuré du placenta normalement inséré (D.P.P.N.I.) à 7 et 8 mois 1/4. Enfants morts-nés (1950G. et 4090G.).

En 1970 :

- ~ I en rapport avec un prédiabète méconnu : enfant de 4250G. mort-né à terme.
- ~ 2 en rapport avec le D.P.P.N.I. à 7 mois et demi et 8 mois (enfant de 2250G. mort-né).
- ~ I à 7 mois en rapport avec une éclampsie convulsive.
- ~ I en rapport avec un placenta praevia très hémorragique, à 6 mois 3/4 (enfant de 1700G.).
- ~ I en rapport avec une présentation de la face enclavée, à 7 mois.

- 1 en rapport avec une rupture utérine à 9 mois et demi (enfant de 4520G.),

En 1971 :

- 2 décès en rapport avec un placenta praevia en hémorragies (2 jumeaux morts-nés au terme de 6 mois (?)).
- 2 en rapport avec D.P.P.N.I. à 5 et 7 mois (1 mort-né).
- 1 en rapport avec une hémopathie maligne (Hodgkin), à la fin du 5ème mois.
- 1 en rapport avec une hydrocéphalie, à terme.
- Enfin, 1 décès de cause indéterminée, chez un enfant de 4060G. (terme imprécis) : les bilans pratiqués chez la mère, l'étude anatomo-pathologique du fœtus n'ont pas permis de trouver une étiologie.

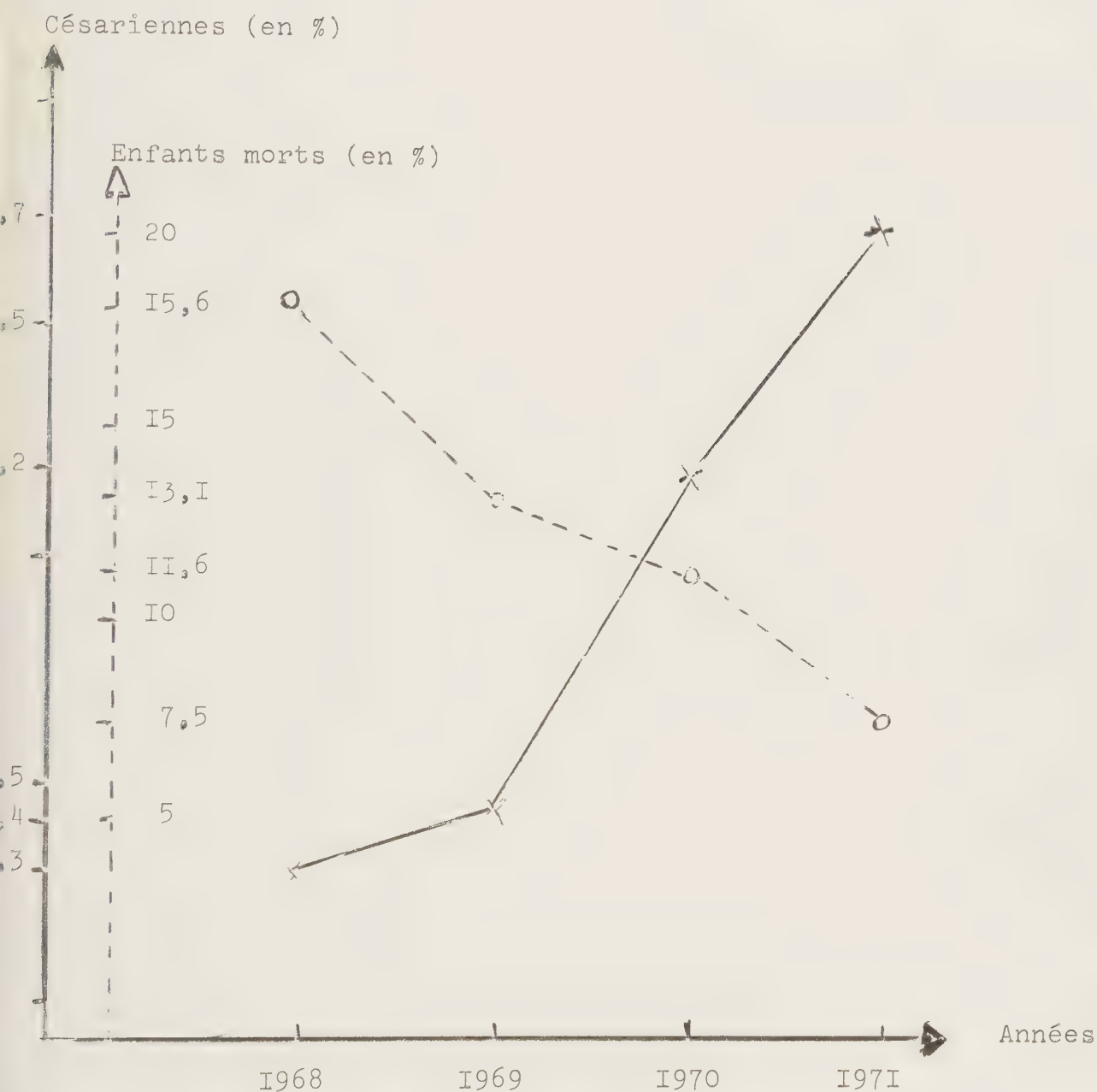
Si l'on ne tient pas compte dans ces statistiques des décès survenus avant que la décision d'opérer ne soit prise (césariennes réalisées pour la mère), on trouve une mortalité foetale "expurgée" de 15,6 % en 1968, 9 % en 1969, 7 % en 1970 et 2,2 % en 1971.

2 - MORTALITE MATERNELLE :

Nous ne déplorons qu'un décès en 4 ans, imputé à une embolie pulmonaire massive survenue 18 heures après l'opération effectuée pour une présentation dystocique (OIDP), soit 1 cas sur 239 femmes opérées (mortalité maternelle de 0,41 %).

~ ~ ~ ~ ~

Tableau II



~ Evolution du pourcentage de césariennes par rapport aux accouchements et de la mortalité néo-natale dans nos observations.

C O N C L U S I O N S



L'étude des indications des césariennes effectuées à la clinique obstétricale du C.H.U. de CAEN, de 1968 à 1971, nous permet de tirer quelques conclusions (cf. tableau II).

Tout d'abord, nous y effectuons de plus en plus de césariennes : alors qu'en 4 ans le nombre des accouchements était multiplié par 1,5, celui des césariennes l'était par 2,1. En 1971, 4,7 % des femmes ont accouché par voie haute (soit 1 femme sur 21). La césarienne est devenue une opération bénigne grâce à une meilleure technique et aux thérapeutiques actuelles, mais elle reste une intervention importante nécessitant un centre bien équipé et une action étroitement concentrée du chirurgien (gynécologue=accoucheur), de l'anesthésiste-réanimateur et du pédiatre. C'est à ce prix que les indications ont pu s'étendre et le pronostic s'améliorer pour la mère et pour l'enfant.

Les indications nombreuses de la césarienne touchent à tous les chapitres de l'obstétrique. Les dystocies mécaniques (bassins rétrécis et présentations pelviennes surtout) arrivent au premier rang avec plus de 36 % des indications; viennent ensuite les césariennes itératives (23 %), les indications tenant au fœtus et à ses annexes (souffrance foetale, placenta praevia et excès de volume foetal essentiellement), enfin les maladies en rapport avec la grossesse (toxémie, éclampsie), les dystocies dynamiques, et les maladies associées à la grossesse (diabète).

On peut mettre en parallèle de ces indications une meilleure connaissance du bassin de la femme qui va accoucher (radiopelvimétrie), une meilleure technique chirurgicale, et meilleure surveillance du fœtus au cours du travail (cardiotocographie).

En fait, dès que les circonstances obstétricales sont défavorables à l'enfant ou nécessitent des manoeuvres plus ou moins acrobatiques, mieux vaut opter pour la voie haute en temps utile, afin d'extraire un enfant en bon état car ayant échappé au traumatisme obstétrical; et il est certain que l'on regrettera plus souvent de n'avoir pas fait une césarienne que d'avoir posé une césarienne abusive.

Dans nos observations, la mortalité néo-natale est passée de 15,6 % en 1968 à 7,5 % en 1971 (ou à 2,2 % si l'on ne compte pas les césariennes effectuées après le décès de l'enfant).

La mortalité maternelle sur les 4 ans est de 0,41 %.

— 80 —

B I B L I O G R A P H I E

.....

- I - Advances in Obstetrics and Gynecology - Vol. I - Edité par
Marcus S.L., Marcus C.C. Dept. Obst. Gyn. Cornell Univ. Med.
Coll., New-York. Williams and Wilkins Co 1967.
- 2 - ALMENT E.
The elderly primigravida - Practitioner - 1970 - 204 - 1221.
- 3 - AMESTOCA O.
Contribucion al estudio del desprendimiento prematuro de la
placenta normo inserta. REV. CHIL. OBS. GIN. 1966 31-6.
- 4 - AMYOT G.
Diabète et grossesse. Un. Med. CANADA 1968 97-5.
- 5 - ARMBRUST W.F.
Obstetrical management of hydrocephalus. J. ARK. MED. SOC.
1967 64-4.
- 6 - BALOCCO G.
Indications des césariennes - Minerva Ginec. 1969 21 -
1017-1023.
- 7 - BARCLAY D.L.
Cesarean hysterectomy - 30 years experience. Obstet. Gynec.
(N.Y.) - 1970 35-1.
- 8 - BAUDET J.
Cesariennes segmentaires. Presse Médicale 1969 - 77,
2097-102.

- 9 - BAUDON J., CHIAPPONI P.L., BRUHAT M.
Reflexions sur les indications et la technique de la césarienne - REV. FRANC. GYN. 1969 64-II.
- 10 - BERDEREVSKAYA I.S. (en russe)
L'accouchement des très gros enfants - AKUSH. GYNEK. 1966-12.
- 11 - BERG J.
Le problème des bassins étroits de l'adolescente. ZENTRALBL. GYNAEK. 1971-93, 1337-47.
- 12 - BILODEAU E.
Etude statistique sur la toxémie gravidique. UN. MED. CANADA 1968 97-7.
- 13 - BODEN W.
Die Funktionellen dystokien : Symptomatik, Diagnostik, Einteilung und Behandlung - Z. GEBURTEH. GYNAK. 1969 Suppl. 170.
- 14 - BRANT H.A.
Prolapse of the umbilical cord. LANCET 1966, 2-7479.
- 15 - BRUDENELL J.M.
The problem of uterine inertia. PRACTITIONER 1970 204-1221.
- 16 - CABALLERO A.
L'épreuve du travail en obstétrique moderne. REV. FRANC. GYN. 1967 62-6.
- 17 - CAGGIANO A.P.
Uterine rupture. An analysis of 27 patients. INT. SURG. 1968 50-4.
- 18 - CAMILLERI A.P.
Twice a cesarean. J. OBST. GYN. BRIT. OWLTH. 1968 75-12.
- 19 - CAPELLO F., FERRERI A.
II parto nello donne già cesarizzate. Contributo clinico-statistico. RIV. OBSTET. GYNEC. PRAT 1967, 49-2.

- 20 - CEHELsky M.R.
Sacculation antérieure d'un utérus gravide à terme, AMER. J.
OBSTET. GYNEC. 1967 99-7.
- 21 - CHIAPPONI P.L.
Dix ans de césariennes à la clinique obstétricale de Clermont-
Ferrand. 684 Observations (1958-1967). Thèse Clermont-Ferrand
1969.
- 22 - CHOATE J.W., LUND O.J.
Emergency cesarean section, AMER. J. OBSTET. GYN. 1968 100-5.
- 23 - CHOSSON J., BLANC B., PIANA L.
Les facteurs de pronostic dans la présentation du siège, REV.
FRANC. GYN. 1969 64-3.
- 24 - CHOSSON J., PIANA L., BLANC B.
L'accouchement après césarienne segmentaire, REV. FRANC. GYN.
1969 64-3.
- 25 - CLARK D.O.
Prolapse of the umbilical cord. 117 Cases. AMER. J. OBSTET.
GYNEC. 1968 101-1.
- 26 - CLOPE I.
Cesarean section in New South Wales. J. OBSTET. GYN. BRIT. OWLTH.
1968 75-12.
- 27 - COLOMBO P.A.
Il taglio cesareo nel moderno orientamento obtettrico. RIV. OBTET.
GINEC. PRAT. 1967 49-12 (2).
- 28 - COPELAND G.N., NICKS F.I.
Face and brow presentations. N.C. MED. J. 1968 29-12.
- 29 - CRENSHAW C., CHRISTAKOS A.
Premature separation of the normally implanted placenta. N.O.
MED. J. 1968 29-1.

- 30 = CURLIN J.P.
Pregnancy in the adolescent female. J. ARK. MED. SOC. 1967
64-6.
- 31 = DALY J.W., GIBBS O.E.
Cord prolapse Amer. J. OBSTET. GYN. 1968 100-2.
- 32 = Delivery after cesarean section.
Editorial. Brit. Med. J. 1969 3-5661.
- 33 = DE PAULA MARTINSC.
Guideliness for induction of labor in prolonged pregnancy.
OBSTET. GYNEK. (N.Y.) 1969 34-6.
- 34 = DE VILLIERS P.A.
Placenta praevia. S. AFR. MED. J. 1969 43-21.
- 35 = DIEMINGER H.J., SCHNEEKE D., DOHRN K.
Beitrag zur Frage der Geburtsleitung bei herzkranken Schwangeren.
Zbl. Gynäk 1967 89-27.
- 36 = DIETEL H.
Geburtshilfliche Gesichtspunkte Beim Diabetes in der Schwanger-
schaft. Geburtsh Frauenheilk. 1968 28-6.
- 37 = DITTMAR F.W.
Sectio saesarea bei diabetes Mellitus ? Med. Klin. 1966 61-24.
- 38 = DONNELLY J.P., FRANZONI K.T.
Vaginal delivery following cesarean section. Obstet. Gynec.
1967 29-6.
- 39 = DUBECQ J.P.
Indications et conséquences de la césarienne. BORDEAUX MED.
1970 3 : 3045-6.
- 40 = DUMONT M.
ETude de 24 cas de présentations bregmatiques. REV. FRANC.
GYN. OBSTET. 1968 63 : 437-44.

- 41 - FRIEDMAN E.A., NISWANDER K.R.
Dysfunctional labor Delivery outcome. AMER. J. OBSTET. GYN.
1970 106-2.
- 42 - FRIEDMAN E.A., SACHTLEBEN M.R.
Prognostic significance of the labour pattern un multiparas.
AMER. J. OBSTET. GYN. 1967 98-4.
- 43 - GHEORGHIU N.N. (Bucarest),
Considération sur la conduite de l'accouchement pour les femmes
ayant subi antérieurement des opérations césariennes. GYN. OBST.
1969 68-2.
- 44 - GHOSN G.
Apoplexie utéro-placentaire à propos de 72 cas en 6 ans à la
maternité française de Beyrouth. GYNEC. OBSTET. 1968 67-2.
- 45 - GÖTZ F.
Ergebnisse der wiederholten Sectio caesarea bei Afrikanerinnen,
Zbl. Gynäk 1967 89-18.
- 46 - GUIDA O.
Césariennes : indications et considérations clinico-statistiques
pour les années 1961 à 1970. RASS. INT. CHIR. TER. 1971 51 :
1230-58.
- 47 - GUSTAVII B.
Fortidig placentalosning Nord. MED. 1969 82-42.
- 48 - HALBERSTADT E., SCHNEIDER D., GERBER E.
Über die Vorzeitige Lösung der normal inserierten Placenta,
Gynaecologia (Basel). 1969 167-6.
- 49 - HAMMOUDA A.A.
Caesarean section in the young gravida. AMER. J. OBSTET. GYN.
1968 100-2.
- 50 - HEISS H.
Gynakologisch Geburtshilfliche Gesichtspunkte zum problem der
Berufstätigen Frau. Arbeitsmed. Sozialm. Arbeitshyg. 1969 4-2.

- 51 - HIBBARD L.T.
Placenta praevia. AMER. J. OBSTET. GYNEC. 1969 104-2.
- 52 - HIGHAM R.
Cesarean section : 200 cases in a district hospital. MED. J. AUST. 1967 54 (2) II.
- 53 - HOLLSTEIN K.
Klinischer Bericht über abdominale Schittentbindungen aus 5 jahren. Geburtsh. Frauenheilk. 1966 26-8.
- 54 - HOLTORFF J.
Geburtsleitung bei querlagen und Perinatale mortalitat. Zbl. Gynak. 1969 91-8.
- 55 - HORN E.
Ein Beitrag zur Beckenendlagengeburt. Geburtsh. Frauen. heilk 1968 28-6.
- 56 - HUMMER W.K.
Prolonged gestation. MINN. MED. 1969 52-2.
- 57 - HUWER G.
Über die vorzeitige Lposung der normalsitzenden Plazenta. Z. Geburtsh Gynak. 1968 168-3.
- 58 - INGOLFSSON A.
Brow presentations. ACTA OBSTET. GYN. SCAND. 1969 48-4.
- 59 - JANES D.R., SMITH R.A.
Cesarean hysterectomy. MINN 1968 51-1.
- 60 - JANJUA S.
Cesarean sections (1000 cases) Medicus (Karachi). 1969 38-6.
- 61 - JARROUSSE J.
Cesariennes multiples. BULL. FED. SOC. GYN. OBSTET. LANG. FRANC. 1967 19 : 354.

- 62 - JHAVERI A.A.
Obstetric career after previous cesarean section. J. OBSTET. GYNAEC. INDIA 1969 19-5.
- 63 - JONES S.A.
Primary cesarean section in the grand multipara. OBSTET. GYNEC. 1968 37 : 785-7.
- 64 - KAFKA H.
Perinatal mortality associated with cesarean section. AMER. J. OBSTET. GYN. 1969 105-4.
- 65 - KALKSCHMID W.
Der wiederholte kaiserschnitt an der Univ-Frauenklinik Innsbruck (1918-1964) ZBL. GYNÄK 1966 88-36.
- 66 - KANE S.H.
Advancing age and the primigravida. OBSTET. GYNEC. 1967 29-3.
- 67 - KHATOON J.
Review of 223 cases of delivery following cesarean section. J. PAKISTAN MED. ASS. 1967 17-II.
- 68 - KHATOON J.
Induction of labour (374 cases). J. PAKINSTAN MED. ASS. 1968 18-8.
- 69 - KHAYYAT G.F., HASAN F.M.
Delivery after a previous cesareans section. INT. J. GYNAEC. OBSTET. 1969 7-2.
- 70 - KÖNIG P.A.
Ergebnisse exspektativer und prospektiver. Geburtsleitung (1956-1966). MED. WELT. 1967 34.
- 71 - KRAUSSOLD E.
Überleitung der Geburt Bei Diabetes und Gravidität. ZBL. GYNÄK 1967 89-32.

- 72 ~ KREMER H., NARIK G.I.
Die Bedeutung der hinteren Hinterhauptshaltung und der Mittelscheitelhaltung in der geburtshilfe. GYNAECOLOGIA (Basel) 1967 163-14.
- 73 ~ LANKA L.D., NELSON H.B.
Breech presentations with low fetal mortality. AMER. J. OBSTET. GYNEC. 1969 104-6.
- 74 ~ LECHNER G.
Erfahrungen mit der wiederholten sectio an der Landesfrauenklinik Linz. ZBL. GYNÄK 1966 88-19.
- 75 ~ LEGERLOTZ C.
Über die Prophylaktische Schnitttentbindung. MUNICH. MED. WSCHR. 1969 III-7.
- 76 ~ LEWIS B.V., NASH P.J.
Pregnancy in patients under 16 years. BRIT. MED. J. 1967 2-5554.
- 77 ~ LINZ O.
Die Geburten aus Beckenendlage in der Frauenklinik Cottbus (1953 bis 1966). GEBURTSH. FRAUENHEILK 1968 28-II.
- 78 ~ LOPEZ CABAL.
Fetal distress and cesarean section. GYN. OBSTET. MEXICO 1971 30 : 77-93.
- 79 ~ LOSKANT G.
Studie zur abdominalen Schnitttentbindung Geburtshilfe und Kaiserschnitt. MED. KLIN. 1968 63-38.
- 80 ~ MC CULLOUGH J.A.
Antepartum hemorrhage (304 patients). OBSTET. GYN. (N.Y.) 1968 3166.
- 81 ~ MC GARRY J.A.
The management of patients previously delivered by cesarean section. J. OBSTET. GYN. BRIT. OWLTH 1969 76-2.

- 82 - MARTINEAU R.
Grossesse et césarienne itérative, UN. MED. CANADA 1967 96-10.
- 83 - MANZANILLA SEVILLA R.
Operacion cesarea, Sus indicaciones, 254 casos, REV. MED. ISSSTE. (MEX.) 1967 2-2,
- 84 - MELTZER R.M., SACHTLEBEN M.R., FRIEDMAN E.A.
Brow presentation, AMER. J. OBSTET. GYNEC. 1968 100-2.
- 85 - MENOZER J., RIGBERG H.S. (en Hébreu)
Proportion de césariennes dans l'induction du travail. HAREFUAH, 1969 77-1.
- 86 - MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.
Précis d'obstétrique. MASSON ED.
- 87 - MONROZIER M.
Indications des césariennes (790 cas) à la maternité des Hôpitaux de Toulouse. MAROC MED. 1969 49 : 34-42.
- 88 - MORIN P., ABBOU S.
La césarienne. REV. DU PRATICIEN 1968 27.
- 89 - MORLEY G.W.
Breech presentation. A 15 years review, OBSTET. GYNEC. (N.Y.) 1967 30-5.
- 90 - MULLER P.
Césariennes et grossesses multiples (19 cas). BULL. FED. SOC. GYN. OBST. LANG. FRANC. 1967 19 : 367-70.
- 91 - NILSEN P.
Retroplacentaer Blødning, Norske Laegeforen, 1967 87-18 B.
- 92 - Obstétrique et diabète, in Soc. Suisse de Gyn. Gynaecologia (Bâle), 1966 161-2.
- 93 - O'DRISCOLL K.
Prevention of prolonged labour, BRIT. MED. J. 1969 2-5655.



- 94 - PADOVEC J. (en Tchéc.)
Indications des césariennes, CESK. GYNEK. 1970 35 : 537-8.
- 95 - PANELLA I., DI LEO S., ARENA G.
Le nostre indicazioni al taglio cesareo. CLIN. GINEC. 1966 8-I.
- 96 - PANELLA I., GRILLO R.
Il parto nelle pazienti già cesarizzate. CLIN. GINEC. 1965 7-5.
- 97 - PATHAK U.N.
Presentation and prolapse of the umbilical cord. AMER. J. OBST. GYNEC. 1968 101-3.
- 98 - PATTARELLI M.
Le metrorragie da placenta praeviae da distacco intempestivo di placenta normalments inserta, Minerva Ginec. 1967 19-22.
- 99 - PATTERSON S.P.
Breech presentation in the primigravida. AMER. J. OBST. GYNEC. 1966 98-3.
- 100 - PICAUVET B.
Césarienne et excès de volume foetal (cas d'un enfant de 6200 g) BULL. FED. SOC. GYN. OBST. LANG. FRANC. 1970 22 : 465-6.
- 101 - PINKERTON J.
Cesarean section after surgical induction of labour. J. OBST. GYN. BRIT. OWLTH. 1968 75-12.
- 102 - PIVER M.S., JOHNSTON Sr. R.A.
The safety of multiple cesarean section. OBSTET. GYNEC. (N.Y.) 1969 34-5.
- 103 - POLYAKOV I.N. (en russe)
Etude du travail dans les présentations transversales. AKUSH. GINEK. 1966-II.
- 104 - RAHMAN M.
Placenta praevia. MEDICUS (Karachi) 1969 38-I.

- IO5 = RENNARD M.
Perinatal mortality. AMER. J. OBSTET. GYN. 1969 104-5.
- IO6 = RIVA H.L.
Indications and techniques for cesarean hysterectomy. CLIN. OBST. GYN. 1969 12-3.
- IO7 = RIPPMMANN E.
Diagnose, Prophylaxe, therapie und Nachsorge der Spätgestose. SCHWEIZ. MED. WSCHR. 1968 98-27.
- IO8 = RIVIERE M., CHASTRUSSE L.
L'épreuve du travail "sur le col", élément de pronostic dans l'accouchement en présentation du siège. GYNEC. OBSTET. 1967 66-4.
- IO9 = ROBERTSON J.G.
Placenta praevia. PRACTITIONER 1970 204-1221.
- II0 = ROCHET E., GACON G.
Etude clinique des ruptures utérines spontanées survenant au cours de la grossesse chez des femmes antérieurement césarisées. LYON MED. 1967 217-1.
- III = ROUCHY R.
Césariennes et présentations du siège. GYN. OBSTET. (PARIS) 1966 65 : 573-84.
- II2 = SACK R.A.
The large infant. AMER. J. OBSTET. GYNEC. 1969 104-2.
- II3 = SARRAM M.
Cephalopelvic disproportion in parous patients. INT. GYNAEC. OBSTET. 1969 7-1.
- II4 = SCHULMAN M.
Prolonged and abnormal labour. AMER. J. OBSTET. GYN. 1966 95-5.

- II5 - SEMESHI I. (en russe)
Analyse de 1000 césariennes, AKUSH GINEK, 1970 46 : 55-7.
- II6 - SERMENT H.
Place de la césarienne dans la présentation du siège, BULL.
FED. SOC. GYN. OBSTET. LANG. FRANC. 1969 21 : 183-4.
- II7 - SMITH J.F.
A review of 241 consecutive cesarean sections with perinatal
results, BULL. SCH. MED. MARYLAND, 1969 54-3.
- II8 - SOHLBERG O.S.
The impact of prior labour on cesarean section morbidity,
PACIF. MED. SURG. 1967 75-1.
- II9 - STROBEL E.
Abdominale Schnitttentbindung und Geburtshilfliche Ergebnisse,
GEBURTSH. FRAUENHEILK 1967 27-9.
- I20 - SZEMESI I.
Disproportions foeto-pelviennes, ACTA. CHIR. ACAD. 1971
12 . 137-42.
- I21 - THOMAS F.
The role of repeat cesarean section, SINAI HOSP. J. 1968
14-2.
- I22 - THOMPSON W.R., STEPHENS S.R.
Primary cesarean section in the multigravid patients, J.
ARK. MED. SOC. 1968 65-2.
- I23 - UTIAN W.H.
Obstetrical implications of pregnancy in primigravidae aged
16 years or less, BRIT. MED. 1967 2-5554.
- I24 - UTKIN V.M. (en russe)
Procidence du cordon, AKUSH. GINEK. 1967 3.
- I25 - UYS B.
Gynaecologist's viewpoint, S. AFRIC. J. PHYSIOT. 1969 25-3.

- I26 = VAN PRAAGH I.
Cesarean section for fetal distress. ANN. ROY. COLL. PHYS. SURG. CANADA 1968 1-1.
- I27 = VAN PRAAGH I.
Primary cesarean section in the multipara. OBSTET. GYNEC. (N.Y.) 1968 32-6.
- I28 = VAN PRAAGH I., TOWELL H.
Cesarean section for fetal distress. OBSTET. GYNEC. (N.Y.) 1968 31-5.
- I29 = VARGAS MARIN E.
Panorama actuel de la operation cesarea en el centro materno infantil. TICITL. 1969 9-2.
- I30 = VEDRA B.
Tehotenství a cíkrovka. NVITRNI LEK. 1967 13-4.
- I31 = VEGA GUTIERREZ M.
Cesarienne chez la primipare âgée. GYN. OBSTET. MEXICO. 1970 28 : 601-11.
- I32 = VEHASKARI A.
Hazards of grand multiparity. ANN. CHIR. GYNAEC. FENN. 1968 57-4.
- I33 = VEHASKARI A., NIINIVIRTA P.
Cesarean sections at Oulu Provincial hospital (1948-1964) : 1799 cases. ANN. CHIR. GYNAEC. FENN. 1967 56 - Suppl. 155.
- I34 = VELASCO V.
Fréquence et indications des césariennes (4000 cas). GYNEC. OBSTET. MEXICO 1972 25 : 267-82.
- I35 = VELLAY
Grossesse et facteur Rhésus. BULL. OFF. SOC. INT. PSYCHOPROPH. OBSTET. 1968 10-1.

- I36 = WARD S.V., SMITH A.H.
Cesarean hysterectomy, OBSTET, GYNEC. 1965 26-6.
- I37 = WARM R., FELKER A.
25 jahre Kaiserschnitt, ZBL, GYNÄK 1966 88-29.
- I38 = WONG J.A., NILES J.H.
The pregnant adolescent, ANN. N.Y. ACAD. SCI. 1967 142,3.
- I39 = WOODWARD R.W., CALLACHAN W.E.
Bresch labor and delivery in the primigravida, OBSTET, GYNEC.
(N.Y.) 1969 34-2.
- I40 = ZATUCHNI G.I.
Prognostic index for vaginal delivery in breech presentation
at term, AMER. J. OBSTET, GYNEC. 1967 98-6.
- I41 = ZERVONDAKIS M.
Etude statistique de 312 césariennes segmentaires transversa-
les, GYNECOL. PRAT. 1970 21 : 307-11.
- I42 = ZOLTAN I.
Citeva probleme in legatura cu operatia cezariana profilactica,
OBSTET, GINEC. (Buc.) 1969 17-5.

~ ~ ~ ~ ~

Vu, le Président de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Vu et permis d'imprimer

le Président de l'Université de CAEN

